La psicologia dinamica è una disciplina che comprende una vasta gamma di modelli teorici della mente, della psicopatologia e della tecnica psicoterapeutica, che hanno come fondamentale e originario punto di riferimento concettuale la teoria psicoanalitica di Freud. Occorre notare tuttavia che non è possibile far coincidere la psicologia dinamica con la psicoanalisi, se con questo termine intendiamo una scuòla di pensiero che, nel tempo, ha mantenuto una fedeltà ortodossa a tutti i principi enunciati da Freud e ha creato le proprie istituzioni fondate su quel l'ortodossia. Infatti, pur partendo dal paradigma freudiano, autori successivi hanno ad esso apportato modifiche di vario genere, spesso sovvertendo alcuni principi basilari della teoria di Freud, a volte assimilando contributi di prospettive teoriche esterne alla tradizione psicoanalitica: come vedremo, questo è ad esempio il caso di Bowlby e degli studi successivi che hanno fatto riferimento alla sua teoria dell'attaccamento. Il lavoro di alcuni autori successivi a Freud, che si sono riconosciuti come credi del suo pensiero ma che hanno anche raccolto l'indicazione del maestro di proseguire nella ricerca empirica e teorica, ha portato sostanziali cambiamenti al paradigma freudiano pur mantenendosi nella tradizione psicoanalitica.

A volte le divergenze teoriche, fin dai tempi in cui Freud era in vita, hanno prodotto gravi rotture all'intemo della comunità scientifica degli psicoanalisti, con clamorosi abbandoni ed espulsioni di autori che hanno "deviato" dall'ortodossia criticando e modificando alcuni aspetti, più o meno essenziali, della teoria freudiana (ricordiamo tra gli altri, Adler, Jung, Rank, Ferenczi). Alcuni discepoli che si sono allontanati da Freud hanno poi creato scuole e tradizioni autonome, in modo tale che il panorama della psicoanalisi si è fin dall'inizio non solo differenziato, ma anche complicato, sovraccaricandosi via via di contrasti teorici che appaiono sempre meno, a distanza di tempo, come espressione di visioni inconciliabili, quanto piuttosto come una dialettica tra prospettive diverse tutte ugualmente utili per descrivere vari aspetti della complessità dei fenomeni psichici.

Di fatto, nella pratica della psicoterapia, capita sempre più di rado che uno psicoanalista lavori utilizzando un solo modello teorico e ignorando gli altri. Anche se le scuole comunicano e dibattono sempre menù tra loro, la distanza istituzionale viene di fatto colmata nella pratica clinica, per l'esercizio della quale sarebbe necessaria una formazione che, pur privilegiando un particolare modello, non trascurasse la conoscenza di tutti gli altri. Se si considera che questi modelli sono sostanzialmente costruiti attraverso ipotesi che riguardano meccanismi in gran parte "'incònsci", i quali perdo più non sono esplorabili con gli strumenti della scienza empirica; che le ipotesi, in quanto tali, non servono a spiegare scientificamente al paziente la causa del suo male (d'altra parte è stato ampiamente dimostrato che in psicoterapia la conoscenza delle cause non produce guarigione); che le ipotesi e le spiegazioni che su esse si fondano servono piuttosto a permettere al paziente un percorso di ricostruzione del senso della propria esistenza (della quale anche la sua sofferenza psichica è parte) attraverso il rapporto con il terapeuta, di accettazione dei propri limiti e di rivalutazione delle proprie potenzialità; se si considerano questi aspetti essenziali della pratica della psicoterapia, che si basa sulla tradizione psicoanalitica, la molteplicità dei modelli di comprensione della vita psichica e della sofferenza psichica risulta essere una ricchezza di opportunità ai fini di una maggiore efficacia degli interventi.

Ma torniamo a definire più analiticamente il senso della parola "dinamica". *Nell' Introduzione alla Psicoanalisi* così Freud delinea "gli intenti" della sua psicologia: «Noi non vogliamo semplicemente descrivere e classificare i fenomeni, ma concepirli come indizi di un gioco di forze che si svolge nella psiche, come l'espressione di tendenze orientate verso un fine, che operano insieme o l'una contro l'altra. Ciò che ci sforziamo di raggiungere è una *concezione dinamica* dei fenomeni psichici. Nella nostra concezione i fenomeni percepiti vanno posti in secondo piano rispetto alle tendenze, che pure sono soltanto ipotetiche» (Freud 1915-17, pp. 246-247).

Dunque nella vita di un individuo, ciò che appare - i suoi atteggiamenti, i suoi comportamenti, ma anche la volontà, i pensieri, gli orientamenti, le convinzioni, le emozioni — é in gran parte determinato da qualcosa che non appare, cioè è l'effetto di un gioco di forze, di tendenze, di cui neppure l'individuo stesso è consapevole.

La "concezione dinamica" della vita psichica implica quindi almeno tre assunti:

Che i fenomeni psichici, cioè l'aspetto visibile della vita mentale dell'individuo, sono da considerare come la risultante di "giochi di forze" che si svolgono dentro di lui, di cui lui stesso non è consapevole e sui quali è possibile formulare soltanto ipotesi proprio a causa della loro non visibilità.

Che ciascuna delle forze in gioco spinge verso un fine o una meta propri e che spesso queste forze sono diversamente orientate, cioè verso fini e mete diversi o addirittura contrapposti.

Che quindi gran parte della vita mentale dell'individuo - che è lo scenario in cui "i giochi" invisibili hanno luogo - è inconscia.

La novità introdotta da questa concezione è che l'individuo, il soggetto, non viene più inteso come qualcosa di unitario (come suggerisce la parola stessa individuo che etimologicamente significa "indivisibile"), ma è piuttosto da considerare come una complessità di forze, impulsi e motivazioni in tensione tra loro: i suoi atti, i suoi sentimenti, le sue convinzioni, le sue decisioni, quelli che manifesta nella vita sociale e che compongono la sua vita cosciente, sono la risultante di spinte motivazionali più profonde e inconsce. Questa concezione del soggetto, che costituisce l'assunto fondamentale della psicoanalisi e della psicologia dinamica, riprende in realtà una visione della complessità della vita psichica dell'essere umano che è molto antica: possiamo ritrovare già nell'èpos omerico infatti la descrizione sistematica e minuziosa delle forze interiori contrastanti che determinano gli atti e le decisioni dell'individuo, idea ripresa poi da Platone nella sua classificazione delle componenti razionali e irrazionali dell'anima. L'egemonia dell'anima razionale sul mondo delle passioni, viene infatti considerata da Platone come il risultato di un faticoso percorso di evoluzione interiore. Nella celebre allegoria dell'anima che l'autore ha proposto nel *Fedro*, l'anima razionale è rappresentata come un auriga che guida una biga trainata in cielo da due cavalli: l'uno, dal mantello bianco, è docile alla mano dell'auriga e vola verso l'alto, l'altro, dal mantello nero, più focoso e ribelle, vorrebbe trascinare il carro verso il basso. 11 primo cavallo rappresenta l'energia della vita emozionale, il cuore, il coraggio, il secondo la forza brutale incontrollata delle passioni. D'altra parte, solo utilizzando l'energia di queste forze irrazionali, rappresentate dai cavalli, l'auriga, l'anima razionale, può aspirare a raggiungere l'altezza della contemplazione delle essenze della vita, le idee. La metafora è stata ripresa da Freud, che era un appassionato lettore di Platone e che talvolta utilizzava le metafore equestri per spiegare i suoi concetti, perché fa parte della concezione dinamica l'idea che le forze irrazionali del soggetto, se opportunamente armonizzate, producono l'energia necessaria al suo sviluppo vitale e mentale.

Facendo, per brevità, un lungo salto attraverso la storia del pensiero occidentale riassunta nelle teorie filosofiche, ritroviamo consolidata nell'idealismo tedesco l'idea opposta a quella precedentemente illustrata, cioè l'idea di un individuo unitario, di un Io distinto da un Non-lo, un Io padrone assoluto delle sue scelte e decisioni razionali. Dobbiamo a Nietzsche, e a lui lo deve la psicoanalisi, l'aver di nuovo capovolto - facendo riferimento alla concezione tragica della Grecia antica - la visione unitaria del soggetto nel contrario, cioè nello spettacolo della sua complessità, e la concezione di una ragione irriducibile, nello scenario di un gioco e di un conflitto tra le innumerevoli ragioni parziali che compongono la vita soggettiva. Un capovolgimento, questo, che stava compiendo anche la Psicologia di fine ottocento, con gli studi di Binet e Ribot, e la nascente psichiatria dinamica (come l'ha chiamata Ellenberger nella sua prestigiosa ricerca intitolata *La scoperta dell'inconscio}* particolarmente interessata agli studi dei casi di personalità multipla, un interesse condiviso anche dalla letteratura con i numerosi racconti e romanzi centrati sul tema del Doppio, della personalità nascosta che improvvisamente si concretizza nella vita dell'individuo sotto le spoglie del compagno segreto, del sosia, dell'ombra che prende una vita autonoma, della seconda personalità che si avvicenda alla prima, quella nota e abituale (dott. Jekyll e mister Hyde). E' in questo sfondo culturale che attingono il loro significato i tennini "dinamica", "forza", "energia" che vengono adottati dalla psicoanalisi.

In effetti occorre sottolineare che la connotazione filosofìco-letteraria di questi termini che sono alla base della nascente psicologia dinamica, deve essere accuratamente distinta dal significato più rigoroso che essi assumono nella fisica. Secondo l'uso, per altro assai problematico, che in questa disciplina si fa di quei concetti, la loro adozione da parte della psicologia dinamica, cioè l'idea di un'energia mentale, appare un non senso. D'altra parte non è dalla fìsica che la concezione dinamica della psiche ha ereditato i concetti di forza e di energia che sono alla base delle sue prime speculazioni, bensì, come ha illustrato Ellenberger, 1) dalla Filosofia della Natura dell'8oo secondo la quale il soggetto è parte di una circolazione più ampia di energie che pervadono il cosmo; 2) dal mesmerismo, pratica terapeutica e corrente di pensiero che ha preso il nome dal suo ideatore, Mesmer, e che si basa sull'uso del cosiddetto magnetismo animale, energia vitale ritenuta presente in tutti gli esseri (si credeva che gli squilibri di questa energia potessero produrre disturbi specifici i quali richiedevano un intervento di armonizzazione da parte del magnetista che utilizzava a questo scopo la sua forza magnetica); questa pratica fu ridefinita dal discepolo di Mesmer, Puységur, che consapevolmente sfruttò a fini terapeutici la suggestione;

3) infine dall'ipnotismo, diretta filiazione del mesmerismo di Puységur, in cui viene utilizzata la forza della suggestione per produrre mutamenti psicologici e somatici nel soggetto sottoposto a questa pratica (Ellenberger, 1970).

Dunque, da un punto di vista del rigore scientifico, possiamo dire che la concezione dinamica della psiche è basata su quelli che un antropologo della conoscenza, Yehuda Elkana, ha chiamato «concetti vaghi», cosi come d'altra parte gli stessi concetti hanno segnato l'inizio della psicologia sperimentale e la creazione delle sue prime ipotesi (si veda Fechner). Elkana sottolinea il fatto che le migliori teorie scientifiche sono nate proprio da "concetti vaghi" che rappresentano assunti iniziali dotati di un fondamentale valore euristico, nel senso che costituiscono un forte stimolo alla creazione di ipotesi teoriche e quindi alla ricerca scientifica (Elkana 1981, pp. 156-sgg.). 1 concetti di energia e di forza, impliciti nel termine "dinamica", sono "vaghi" perché non si prestano ad un'esatta definizione cioè designano fenomeni di natura incerta e sono da considerare piuttosto metafore che entrano nel lessico psicologico in quanto utili a denotare alcuni meccanismi psichici di cui possiamo soltanto osservare gli effetti visibili nelle patologie e nella varietà degli atteggiamenti individuali.

Questi concetti vaghi sono stati progressivamente abbandonati dalla psicologia dinamica così come da quella sperimentale, dopo l'iniziale impulso che hanno dato ai due campi di ricerca. Il fatto che la psicologia sperimentale abbia potuto fare a meno più rapidamente di quei concetti, mentre essi continuano ad apparire nel lessico della psicologia dinamica, dipende dal diverso campo di applicazione dei due settori disciplinari: la psicologia sperimentale è necessariamente orientata a definire gli oggetti delle sue pratiche in modo rigorosamente scientifico, la psicologia dinamica è necessariamente orientata a definire fenomenologicamente i suoi oggetti, dato che per la gran parte essi possono essere osservati ma non spiegati secondo i criteri delle scienze sperimentali e secondo criteri lineari di causalità. Infatti capita, ad esempio, che i fattori che possono essere ipotizzati come origine del malessere di un individuo, non producono invece malessere in un altro e, orientativamente, ogni individuo deve essere considerato un caso a parte a cui, con molta cautela e senza una seria prevedibilità, possono essere applicate categorie e nessi causali di carattere generale e predittivo. In psicologia dinamica dunque i concetti vaghi permangono laddove l'oggetto nella sua essenza si sottrae ad una spiegazione scientifica anche se esso è definibile nella sua articolazione visibile e nella sua particolarità di fenomeno osservato ed è classificabile secondo la sua appartenenza ad una categoria più generale di fenomeni simili già osservati.

Facciamo un esempio: nella dinamica dei gruppi, cioè in quel settore della disciplina che si occupa dei fenomeni psicologici che si verificano nei gruppi terapeutici o di altra natura, i termini "forza" e "campo" vengono ancora utilizzati per definire l'insieme delle interazioni che compongono, in un particolare momento, l'attività psicologica di un gruppo nel suo insieme. Il termine "campo", mediato evidentemente dalla fìsica, deriva dagli studi della psicologia della Gestalt, in particolare di Kurt Lewin, sulla psicologia dei gruppi, ma è entrato a pieno titolo nel lessico di gran parte delle teorie sui gruppi terapeutici e i gruppi di formazione, teorie che utilizzano questo termine per il suo valore euristico, cioè perché prescrive la necessità di osservare e descrivere l'insieme delle interazioni che avvengono in un gruppo come uno scenario psicologico diverso e più ricco della semplice somma delle psicologie dei singoli membri del gruppo.

Tenendo presenti queste premesse, possiamo intanto dare una definizione concisa della psicoanalisi, che si basa appunto sulla concezione dinamica della psiche, utilizzando le parole di Freud. In *Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido"* Freud precisa che «Psicoanalisi è il nome: 1) di un procedimento per l'indagine di processi psichici cui altrimenti sarebbe pressoché impossibile accedere; 2) di un metodo terapeutico (basato su tale indagine) per il trattamento dei disturbi nevrotici; 3) di una serie di conoscenze psicologiche acquisite per questa via che gradualmente si assommano e convergono in una nuova disciplina scientifica» (Freud 1922a, p. 439).

Dunque la *concezione dinamica* della psiche è una particolare prospettiva di lettura della vita psichica dell'individuo e quindi anche della sua sofferenza psichica, prospettiva volta alla costruzione di un metodo clinico per la terapia dei disturbi psichici; metodo che, arricchendosi attraverso l'esperienza e i contributi di coloro che lo praticano, è alla base della creazione e dello sviluppo di teorie psicologiche che si basano appunto sulla *concezione dinamica* della vita psichica. Si verifica dunque una circolarità fra la creazione di modelli - per la comprensione dei meccanismi psicologici invisibili che sono alla base di comportamenti visibili -, l'utilizzazione dei modelli nella pratica clinica e la modifica dei modelli attraverso quella stessa pratica: questa circolarità è la caratteristica peculiare della disciplina di cui ci stiamo occupando, il suo specifico statuto epistemologico. E' chiaro dunque che si tratta di una disciplina che ha un forte carattere sia empirico che speculativo, cioè che i suoi modelli di comprensione della psiche sono basati su ipotesi relative a meccanismi psichici inconsci, ipotesi che devono trovare continuamente conferma nella pratica clinica. Un modello è valido se produce risultati apprezzabili sotto il profilo terapeutico: non tanto se consente di spiegare dei meccanismi psicologici, quanto piuttosto se, attraverso le spiegazioni che il modello permette, è possibile modificare meccanismi che producono sofferenza psichica. Ed è chiaro anche che fin dalla sua nascita con la psicoanalisi freudiana, la psicologia dinamica si presenta come un corpus teorico aperto, cioè suscettibile di continui aggiustamenti e cambiamenti, conferme, smentite, contributi di altri approcci teorici e di altre discipline come, ad esempio, le scienze cognitive, le neuroscienze, la biologia, l'etologia, la sociologia, l'antropologia, ecc.

La necessità di una continua verifica dei modelli, delle teorie e delle tecniche di intervento, comporterebbe un flusso comunicativo all'interno della comunità scientifica degli psicologi dinamici che purtroppo non esiste nella misura in cui sarebbe necessario. Come abbiamo detto, le scissioni storiche all'interno del movimento psicoanalitico, la creazione di scuole e sottoscuole, hanno prodotto non solo un'immane proliferazione di modelli teorici e tecniche di intervento, ma anche una notevole autoreferenzialità nella loro applicazione, con grave danno sia per la ricerca e il confronto che sono indispensabili aU'integrità di un campo disciplinare caratterizzato da una forte componente speculativa e pragmatica, sia per l'efficacia terapeutica. Se il terapeuta applica rigidamente il modello teorico della scuola a cui si è formato, pretendendo di ricevere una conferma alle sue concezioni in ogni singola terapia che si trova a condurre, ciò produce un grave danno al paziente: la terapia funziona soltanto se il terapeuta è disposto a riconoscere alla peculiarità individuale di ogni paziente una complessità di gran lunga superiore a qualunque generalizzante modellizzazione della psiche, se quindi è disposto, per comprendere l'altro, a mettere in discussione i propri modelli, a modificarli o a rinunciarvi momentaneamente o definitivamente se risultano limitanti. Cosi come deve essere disposto a riconoscere che altri modelli rispetto a quello privilegiato dalla scuola in cui si è formato possono a volte meglio aiutarlo a comprendere certi aspetti dell'esperienza di un paziente.

Ho volutamente sottolineato il carattere speculativo della ricerca psicodinamica perché lo ritengo costitutivo e imprescindibile. Certamente la riflessione empirica sulla esperienza clinica e le ipotesi teoriche che da essa derivano non possono prescindere dai contributi e dai riscontri offerti dalle altre scienze, dalle ricerche epidemiologiche, dalle classificazioni psichiatriche, dalle acquisizioni delle neuroscienze e della psicologia dello sviluppo; tuttavia la psicologia dinamica non può rinunciare alla plasticità delle sue pratiche in nome della standardizzazione delle procedure. La plasticità significa che non si può pretendere di includere un paziente in un percorso terapeutico preconfezionato e scandito secondo passaggi prestabiliti; che quando si inizia un lavoro di analisi con un paziente non si può sapere preliminarmente quali saranno le vicissitudini della relazione che ha per obiettivo la cura della sua sofferenza e quali percorsi verranno seguiti; che questo "non sapere" è proprio l'atteggiamento indispensabile alla pratica della psicoterapia dinamica. Ogni psicoterapia che si ispira alla concezione dinamica della psiche è un percorso unico e irripetibile perché è comunque la storia del rapporto fra due persone (o fra un terapeuta e più persone, come nelle psicoterapie di gruppo): anche se quel rapporto è

strutturato e concepito come una relazione terapeutica che implica un’asimmetria di ruoli tra paziente e terapeuta, una tecnica e delle teorie, quello che in esso accade e il processo della cura sono vicende assolutamente uniche, imprevedibili e addirittura a malapena ricostruibili attraverso uno sguardo retrospettivo. 1 cambiamenti che si verificano nell’organizzazione psichica del paziente e che sono effetto della terapia, non avvengono secondo tempi e modalità prestabilite in risposta a precise e definite mosse terapeutiche.

Plasticità e flessibilità, capacità di ascolto, assenza di forzature, capacità di modulare la terapia sui tempi effettivi di cambiamento dei soggetti sofferenti che ad essa si affidano, rispetto per i loro processi interni e comprensione delle loro risorse, sono le caratteristiche fondamentali di una pratica terapeutica che non pretenda di manipolare la mente dell'altro per costringerlo a migliorare secondo tempi e modi prestabiliti. E’ ovvio che in una simile prospettiva - dato che ogni paziente ha tempi e caratteristiche diversi dagli altri, che alcuni sono più attaccati alla loro sofferenza, altri più predisposti alla ricerca di differenti modi di affrontare la vita - risulta assai difficile prevedere percorsi e tempi uguali per tutti. Occorre anche sottolineare che l’esito di ogni terapia è incerto e difficilmente qualificabile e quantificabile: a volte sembra che sintomi ostinati scompaiano per improvvisi cambiamenti intervenuti nella vita del paziente e non possiamo certo stabilire quanto questi cambiamenti siano stati determinati dalla terapia o da fortunate contingenze; altri pazienti sembrano non potersi sottrarre alle loro sintomatologie, ma risulta che, dopo una psicoterapia, accettano meglio la propria sofferenza, e il loro livello di autostima o la loro capacità di controllo dei sintomi sono aumentati; altre volte infine, purtroppo molto raramente, possiamo verificare un effetto rapido, quasi miracoloso e imprevisto, di poche sedute di terapia. Questi non sono che alcuni esempi, la variabilità dei processi e degli esiti è praticamente illimitata e tutto sommato questi ultimi sono imprevedibili. Inoltre, è ormai assodato che gli effetti delle psicoterapie sono strettamente dipendenti dalle caratteristiche che potremmo genericamente definire “umane" del terapeuta oltre che dalle sue capacità professionali, soprattutto dalla sua capacità relazionale, l'intuizione, la sensibilità, l’attitudine all’empatia, l’esperienza, doti difficilmente quantificabili.

Tutto ciò pone diversi problemi nel momento in cui ci si proponga di verificare l’efficacia delle psicoterapie ad orientamento dinamico. Questa istanza di verifica, emersa decisamente negli ultimi anni, è senz'altro opportuna ma di difficile applicazione. 11 panorama generale delle psicoterapie si è notevolmente diversificato e quelle ad orientamento psicoanalitico, a loro volta assai di versificate, non costituiscono più una scelta obbligata, per mancanza di concorrenza, per i futuri pazienti, come è accaduto fino agli anni ’70. La psicoanalisi classica è una psicoterapia lunga e costosa. Quattro-cinque sedute alla settimana rappresentano un costo che coincide pressappoco con uno stipendio di livello medio-basso. La durata è illimitata, generalmente molto lunga, spesso oltrepassa i dieci anni. Potremmo pensare che se un paziente persevera nel sostenere questo impegno, i risultati della psicoterapia debbano essere per lui apprezzabili ed evidenti e che questo gradimento costituisca già di per sé una verifica. Il fatto è, invece, che terapie cosi lunghe e intense producono sovente una dipendenza che non ha nulla a che vedere con la finalità terapeutica del lavoro di analisi. Immobilizzati in un rapporto simbiotico, né il terapeuta né il paziente sono allora più in grado di valutare se la terapia stia producendo effetti o sia diventata un’abitudine di cui non si può più fare a meno. Occorrono dunque criteri per la verifica di quello che è accaduto e sta accadendo in una psicoterapia.

Di fatto il pubblico che si rivolge ad una classica psicoanalisi freudiana è costituito ormai prevalentemente da futuri psicoanalisti e da pochi abbienti. Ma, come dicevamo, lo scenario delle psicoterapie a orientamento psicoanalitico, cioè che si rifanno ai criteri di base della psicoanalisi ma che adottano diverse modalità di applicazione, si è notevolmente arricchito di metodologie di intervento più accessibili che implicano durate limitate e minore frequenza delle sedute (una, due alla settimana) e che sono, tra l'altro, praticabili anche nei servizi pubblici e utilizzabili per patologie gravi. La verifica di questi interventi sarebbe in linea di massima più agevole, tuttavia, come abbiamo detto, trova un ostacolo decisivo proprio nella flessibilità e nella plasticità che sono le caratteristiche essenziali delle psicoterapie dinamiche. Per una verifica rigorosa, occorrerebbe infatti che le procedure terapeutiche corrispondessero a dei protocolli standardizzati, che ad ogni seduta si facessero più o meno con tutti i pazienti gli stessi interventi, e questo è esattamente il criterio opposto a quello di una psicoterapia centrata sui tempi e i cambiamenti effettivi del paziente, su un'esplorazione non rigida delle sue problematiche e sul rispetto delle sue difese. Inoltre occorrerebbe che le sedute fossero dettagliatamente registrate (o meglio, videoregistrate) o direttamente valutate, attraverso uno specchio bidirezionale, da un osservatore imparziale esterno: tutte condizioni, queste, che sono assolutamente inconciliabili con la stragrande maggioranza dei metodi di intervento psicodinamico. In sostanza, le condizioni ambientali concrete e le regole di esecuzione di una psicoterapia dinamica, quelle che vengono indicate con il termine *setting*, sono incompatibili con il dispositivo di un rigoroso metodo di verifica. Infine occorre ricordare che il bisogno di una verifica oggettiva dei risultati della psicoterapia è nato in ambiente statunitense per sollecitazione delle compagnie di assicurazione che non intendono pagare lunghi trattamenti dall'esito incerto e solo in seconda istanza è diventato oggetto di dibattito e di ricerca all'interno della psicologia dinamica.

Occorre allora sottolineare la pericolosità della tendenza a pretendere guarigioni ad ogni costo in tempi brevissimi per soddisfare le suddette politiche della salute mentale adottate in certi paesi, come gli Stati Uniti, dove la verifica dei risultati è diventata l'ossessione dominante per le psicoterapie che vengono finanziate dalle compagnie di assicurazione. La remissione di un sintomo, che è segno inequivocabile di guarigione per la medicina, non lo è per la psicoterapia. Innanzitutto perché un sintomo psicopatologico può avere una remissione temporanea, ma ripresentarsi successivamente. Un gesto autolesivo può non essere reiterato, un singolo sintomo fobico può scomparire, ma ciò non significa che il paziente possa definirsi guarito: il sintomo potrà ripresentarsi successivamente, la sofferenza psichica che lo ha determinato potrà esprimersi in forme nuove e diverse, con altri sintomi: in altre parole, semmai è legittimo adoperare il termine guarigione in psicoterapia, dobbiamo chiederci se un paziente che momentaneamente non presenta più il sintomo o il particolare disagio per cui si è rivolto ad uno psicoterapeuta, possa essere considerato guarito dai conflitti interiori, dalle modalità disfunzionali di strutturare i propri rapporti con gli altri, dalle difficoltà nell'organizzare la propria esistenza e dalle sofferenze più intime che in quel sintomo o in quel disagio avevano trovato espressione; e, al contrario, se non possa essere considerato guarito un paziente che, ad esempio, continui a percepire voci che gli parlano e, ciononostante, riesca a convivere con esse stabilizzandosi su un soddisfacente livello di vita.

Accade raramente, tuttavia, che un sintomo scompaia senza che si sia prodotto, grazie alla psicoterapia, un sostanziale cambiamento nell'organizzazione cognitiva e affettiva della personalità del paziente, senza che si siano realizzati mutamenti radicali nelle condizioni di base che avevano generato il sintomo. Spesso i sintomi hanno una remissione o un miglioramento momentaneo solo per un effetto placebo determinato dal fatto che c'è qualcuno che ci ascolta o per la collusione con l'aspettativa del terapeuta che vuole che il paziente guarisca al più presto così come lo vuole quest'ultimo. E può accadere invece che un sintomo non scompaia, che ad esempio un tratto depressivo o bipolare di base permanga, ma che il paziente riesca meglio ad affrontare le richieste della vita. Il concetto di guarigione, valido e quantificabile per la scienza medica (pensiamo tuttavia all'incremento delle cronicità), è di difficile applicazione al campo delle psicoterapie. Occorrono dunque altri criteri per poter parlare di verifica dei risultati. E occorre considerare che i risultati non possono essere considerati *tout court* effetti delle tecniche: esistono altre variabili determinanti e imprescindibili, i tempi e i processi interni del paziente, i tempi e i processi della relazione terapeutica. Sul piano etico, dunque, la psicoterapia non può essere subalterna alle necessità e alle sollecitazioni di un sistema di privatizzazione dell'assistenza, pena la perdita della sua efficacia, né questa considerazione, d'altra parte, la esime dal problematizzarsi sulla sua efficacia e sui metodi di valutazione dei suoi risultati.

Dobbiamo adesso accennare ad un altro aspetto caratterizzante la psicologia dinamica. Come abbiamo visto, si tratta di una disciplina che ha costruito le sue teorie sulla base dell'esperienza clinica e alla terapia è finalizzata la gran parte delle teorie che nel suo ambito sono state elaborate. Dato che il campo di applicazione delle teorie dinamiche è la relazione terapeutica, duale, tra paziente e analista, o plurale, come nella terapia di gruppo, in primo piano si pone il problema della soggettività del terapeuta. Se il problema della soggettività dell'osservatore-sperimentatore, vale a dire la sua influenza sul campo di osservazione, si pone ormai, dopo le acquisizioni epistemologiche della seconda metà del secolo scorso, per tutte le scienze, esso assume una rilevanza particolare in una pratica, come quella della psicoterapia dinamica, in cui colui che osserva l'altro e sperimenta un percorso terapeutico per l'altro, è anche il principale strumento della terapia. Le psicoterapie dinamiche sono infatti basate su una relazione in cui il soggetto curante utilizza il proprio apparato psichico, cioè l'intelligenza, la sensibilità, le emozioni, le intuizioni, ma anche il proprio inconscio nelle sue varie espressioni, come ad esempio i sogni, e il proprio corpo con la sua gestualità e la sua sensorialità, per facilitare all'altro, il paziente, la comprensione delle proprie dinamiche interiori e per indicargli le possibilità di cambiamento che gli si offrono lungo l'evoluzione del rapporto terapeutico. Diverso dunque l'approccio rispetto ad altre pratiche, come quelle della medicina, in cui il rapporto tra due esseri umani tende comunque ad assumere una dimensione polare tra soggetto-curante e paziente-oggetto di cura, da cui si vuole, per principio, escludere il coinvolgimento della soggettività del curante (anche la psichiatria, come pratica medica, si uniforma a questo criterio). Nonostante i primi tentativi di Freud di costmire la relazione analitica come pratica che escludesse il coinvolgimento della soggettività del terapeuta, in sintonia con gli assunti del positivismo dell'epoca, nessuna disciplina come la psicoanalisi è stata cosi feconda di studi, tecnici e teorici, sulla soggettività dell'osservatore-terapeuta e sul significato e la funzione che essa assume nella terapia. Fino al punto che sono state istituite pratiche specifiche di supervisione per evitare che quella soggettività interferisca negativamente sui processi di cambiamento e sul mondo interno del paziente. Nella relazione terapeutica che si svolge secondo la concezione dinamica, colui che cura non rimane osservatore imparziale e distaccato dei processi che avvengono nell'altro, non è l'interprete oggettivo dei meccanismi inconsci dell'altro, prima di tutto perché non esiste un interprete imparziale le cui inferenze non siano condizionate da assunti, pregiudizi, passioni personali e da un abbondante margine di errore, quando si tratta di riconoscere le cause complesse e individualmente combinate di atteggiamenti che possono apparire comuni e generalizzabili. Secondo perché, come sostengono Winnicott, Bion e Bollas, il paziente usa l'analista e il suo mondo interno, la sua risonanza emotiva e la sua sensibilità, per realizzare dei cambiamenti nel proprio universo interiore e soprattutto per non sentirsi solo nel raffrontare la propria sofferenza.

Questa attenzione scrupolosa alla soggettività del terapeuta è non soltanto una fondamentale garanzia per il rispetto della vita psichica del paziente, ma è anche il modo di affinare lo strumento prediletto della terapia dinamica, che è appunto quel contenitore esterno al paziente, ma interno al terapeuta, che permette un'adeguata trasformazione dei vissuti dolorosi del paziente. Effettivamente, negli anni, il luogo dell'oggetto dell'analisi e della riflessione teorica si è spostato da un punto tutto interno al paziente e alla sua patologia, ad un punto intermedio, proprio quel campo di forze che intercorrono tra paziente e terapeuta, quei vissuti condivisi, e diversamente sperimentati dai due interlocutori, che costituiscono il processo di cambiamento in cui terapeuta e paziente sono coinvolti. Solo nella dimensione di questa reciprocità è possibile realizzare un rapporto terapeutico effettivamente rispettoso delle peculiarità e dei percorsi di sviluppo propri del soggetto in analisi. La psicoterapia infatti non è soltanto una pratica volta a rimuovere la sofferenza dell'altro o a guarire le sue patologie, ma è soprattutto un incontro tra due soggettività - quella del terapeuta e quella del paziente - mediante il quale la sofferenza di quest'ultimo viene condivisa e trasformata utilizzando le risorse interiori dei due soggetti, cercando di aprire insieme orizzonti di possibilità laddove blocchi e conflitti hanno reso impraticabile l'esistenza del soggetto sofferente.

E' proprio questa attenzione alla complessità dei fattori impliciti che intervengono nella relazione di aiuto, alla soggettività di chi aiuta l'altro tanto quanto a quella di chi viene aiutato, il contributo principale della tradizione analitica per tutte quelle pratiche e quelle discipline, psicologiche, educative, mediche e sociali, che hanno come focus di attenzione la relazione di aiuto.

Per quanto riguarda quindi in generale le professioni di aiuto, il contributo teorico dell'atteggiamento psicodinamico potrebbe essere riassunto in una competenza specifica che assume un valore di base per tutte quelle professioni: la capacità di regolazione della distanza nella relazione. Questa capacità riguarda sia la comprensione della sofferenza e delle problematiche dell'altro che l'intervento per aiutare l'altro a costruire una prospettiva di cambiamento. Riprenderemo l'argomento nelle conclusioni di questo libro.

Una prima parte consistente di questo manuale è dedicata a Freud. Ho scelto di esporre le sue teorie attraverso le sue opere volendo, in questo modo, ripercorrere la genesi e gli sviluppi dei concetti freudiani. Penso che in questo modo sia facilitata la loro comprensione. Aver dedicato molto spazio a Freud è una scelta suggerita dall'ovvia considerazione che tutti gli sviluppi teorici successivi fanno comunque riferimento al pensiero freudiano che ne rimane il fondamento. Per il resto, ho compiuto una scelta di autori in base al criterio di dare risalto ai più significativi mutamenti di paradigma che hanno contrassegnato lo sviluppo storico e la diversificazione delle teorie psicodinamiche. In particolare, ho parlato di due autori, Ferenczi e Jung, le cui divergenze iniziali da Freud hanno aperto nuovi orizzonti di riflessione e di ricerca mantenendo una indiscutibile attualità. Ho quindi riassunto le posizioni degli autori che possono essere inclusi nella prospettiva strettamente freudiana di una psicologia dell'io. Poi ho illustrato il mutamento di paradigma introdotto dalle teorie delle relazioni oggettuali, la teoria di Bion e il suo fondamentale apporto per la comprensione delle psicosi, la teoria dell'attaccamento e alcuni interessanti sviluppi, infine le recenti teorie dello sviluppo nate nell'ambito *deWlnfant Research.* E' ovvio che molti autori importanti sono rimasti fuori, tra cui spiccano Adler e Lacan, Spitz e Balint. Credo tuttavia che l'approfondimento di alcune prospettive, anche se a discapito dell'illustrazione di altre e quindi della completezza, nella necessità di contenere il manuale entro dimensioni accettabili e compatibili con una lettura non nozionistica da parte degli studenti, consenta comunque a chi legge di ragionare sul significato e la genesi di alcuni principi fondamentali della clinica psicodinamica e di assimilarli attraverso una lettura critica.

Diamo infine un quadro generale degli autori raggruppandoli sotto la denominazione con cui vegono tradizionalmente indicate e classificate le loro prospettive teoriche.

Come ho detto, gli autori che a nostro avviso hanno dato l'impronta iniziale alle problematiche che sono state poi sviluppate da autori successivi sono Freud. Ferenczi e Jung. La prima fase del pensiero di Freud è stata etichettata come teoria pulsionale, la seconda come psicoanalisi dell'Io. Ferenczi ha introdotto, oltre che importanti modifiche nella tecnica, anche, in maniera originale rispetto a Freud, il tema dell'importanza del trauma per la patogenesi dei disturbi infantili. Jung ha svolto un importante lavoro critico su alcuni aspetti fondamentali della teoria e della pratica psicoanalitica. Abbiamo poi considerato un autore, Sullivan, che discostandosi notevolmente dal modello freudiano ha dato inizio ad un approccio definibile come interpersonalista. Al filone della psicologia dell'Io, che ha raccolto le suggestioni dell'ultima fase del pensiero freudiano, appartengono Anna Freud e Margareth Mahler. Il cambiamento di paradigma rispetto alla teoria pulsionale che ha dato avvio allo studio delle relazioni primarie come fattori determinanti per lo sviluppo psichico del bambino e per la psicopatologia dell'adulto, è stato operato dai cosiddetti psicologi delle relazioni oggettuali, tra i quali abbiamo trattato Melanie Klein, Faibaim, Winnicott. Per questi autori, ad eccezione della Klein, l'origine della sofferenza psichica non è dovuta a un conflitto intrapsichico, cioè ad una pressione delle pulsioni, del Super-io, o a un conflitto tra la vita pulsionale e le richieste della civiltà, così come era per Freud, bensì a una carenza di risposta dell'ambiente, soprattutto da parte della madre, nei confronti dei bisogni di accudimento e di amore del bambino. Si differenzia dagli altri Melanie Klein per aver inteso le relazioni oggettuali come relazioni con oggetti interni piuttosto che con gli oggetti esterni rappresentati dalle figure genitoriali. Un mutamento di paradigma si ha anche con la psicologia del Sé di Kohut e con il modello di Bion; tuttavia anche nella psicologia del Sé e in quella di Bion torna, in forma diversa, il tema della carenza ambientale. Un'altra prospettiva analizzata è quella della teoria dell'attaccamento. Parleremo del fondatore di questo indirizzo, Bowlby, e di alcuni sviluppi successivi della teoria, in particolare quelli di Crittenden, che ha esaminato lo sviluppo dei modelli operativi interni nelle singole configurazioni di attaccamento, e di Fonagy che ha esaminato la funzione riflessiva in rapporto alla teoria dell'attaccamento. Infine, per l'approccio intersoggetti vista, abbiamo scelto Steni che rappresenta anche l'Autore di spicco *dcWInfant Research*, un campo di ricerca che si colloca tra la psicoanalisi e la psicologia dello sviluppo.

Abbiamo preferito non insistere troppo sulla differenza tra i vari filoni per non assumere un punto di vista che tenda a sottolineare l'incompatibilità dei vari approcci laddove, per chi studia, è importante assimilare contributi e punti di vista molteplici sui fenomeni psichici, pur ovviamente tenendo presenti le distinzioni tra i singoli autori. Siamo dell'avviso, in accordo con Jung, che i vari punti di vista sulla psiche più che contrapporsi si completano reciprocamente, per cui preferiamo riportare in sequenza gli autori e mantenere cosi un quadro sinottico che non accentui differenze scolastiche, purtroppo divenute nella storia della psicologia dinamica insanabili contrapposizioni, ma che rappresenti nel suo complesso il grande sforzo compiuto dai vari autori per raggiungere una comprensione dei fenomeni psichici.

Abbiamo inoltre dato rilievo alle implicazioni dei vari modelli teorici per la pratica terapeutica, volendo tenere la nostra argomentazione più che su di un piano metapsicologico (parola con la quale si intende indicare le argomentazioni più sottilmente teoriche), su un piano di comprensione del possibile uso clinico delle varie teorie.

I Precursori

L’idea dell’esistenza di una parte inconscia del soggetto, una parte che si fa viva nei sogni e manda continuamente segnali della sua presenza e messaggi alla parte cosciente, è un motivo assai diffuso nella cultura romantica che ha avuto una indiscutibile influenza sulla nascita del pensiero psicoanalitico. Questa idea di una vita psichica che si svolge all’ombra deH’esperienza cosciente del soggetto viene rappresentata in letteratura dal tema del “Doppio” che è una seconda personalità totalmente diversa, a volte opposta, rispetto a quella normale e che improvvisamente si manifesta nell'individuo e nei suoi comportamenti, alternandosi all’altra. L’esempio più noto è quello di *Lo strano caso del doti. Jekyll e di mister Hyde* di Stevenson, in cui mister Hyde rappresenta la personalità criminale dello scienziato Jekyll che compie irresponsabili esperimenti su di sé trasformandosi appunto nella sua personalità seconda. Ma gli esempi sono numerosi: Hoffmann con *Gli elisir de! diavolo,* Von Chamisso con *Peter Schlemil,* Dostoevskij con *II sosia* e più tardi il racconto di Conrad, *Il compagno segreto.*

Altri aspetti della cultura romantica che evocano il concetto di inconscio sono legati all'idea che tutte le manifestazioni della parte più profonda dell’essere umano, del suo inconscio, ovverosia i sogni (che si esprimono in un linguaggio simbolico universale il quale avvicina l’uomo alla vera essenza sua propria e del cosmo), la genialità, l'intuizione, la malattia mentale, la preveggenza, l’ispirazione poetica, sono le esperienze attraverso cui si realizza la vicinanza dell'uomo alla parte più spirituale e più essenziale della Natura. In particolare, uno dei principi fondamentali della *Filosofia della Natura,* che fa capo al filosofo Schelling, era l’unità essenziale di uomo e natura: la vita umana era considerata come parte di un movimento e di un ordine cosmico che era il fondamento stesso della natura e della sua esistenza. Dunque l’inconscio dell’individuo è quella parte spirituale che lo connette ad una più vasta “anima del mondo”, lo fa entrare in intimità ed empatia con essa svelandogliene i segreti e l’essenza. Schelling e i suoi discepoli ripresero anche il concetto di Eraclito secondo il quale l'universo è dominato dalle polarità, cioè dal conflitto di principi opposti, come bene e male, odio e amore, principi che sono tuttavia interdipendenti perché, ad esempio, non vi sarebbe amore nel mondo se non esistesse anche il suo opposto, l’odio. Come vedremo questa visione della polarità fu ereditata dal pensiero psicoanalitico. Altre idee romantiche che lo influenzarono furono quella della connaturata bisessualità dell’essere umano, quella di “fenomeno primordiale” *(Urphdnomen)* da cui Jung riprese il suo concetto di “archetipo” ma che appare anche nel concetto di “complesso di Edipo” di Freud e in quello dell’assassinio del padre primordiale che egli sviluppò in *Totem e Tabù.*

Tornando al tema del “Doppio”, la sua fortuna nella letteratura romantica è dovuta sicuramente all’interesse che gli autori (Hoffmann ad esempio) nutrivano per gli studi dell'epoca sui fenomeni del magnetismo animale, sull'ipnosi, e sui casi di personalità multipla (Ellenberger 1970). Nella seconda metà del ‘700, Franz Anton Mesmer (1734 — 1815) aveva postulato l’esistenza di un’energia cosmica identificabile con i fenomeni magnetici e in particolare con la presenza di forze magnetiche negli animali. Un sottile fluido magnetico, secondo l’autore, riempie tutto l’universo attraversando i corpi celesti, gli animali, le piante. Su questo postulato aveva basato un suo metodo di cura che ebbe grande successo e risonanza all’epoca. Esso venne chiamato appunto, dal nome del suo autore, “mesmerismo”. 1 sintomi a cui la tecnica di Mesmer veniva applicata erano di vario genere: paralisi improvvise, epilessia, spasmi nervosi, stati di cecità, problemi mestruali, ecc. In una prima fase della sua sperimentazione, interveniva facendo bere al paziente una bevanda ferrosa e applicando poi su tutto il suo corpo dei magneti. In questo modo produceva una *crisi* che scatenava tutti i sintomi i quali poi improvvisamente scomparivano. Questa “marea magnetica” aveva lo scopo, secondo Mesmer, di riequilibrare la forza magnetica nell’individuo, dato che la malattia consisterebbe in uno squilibrio a livello individuale dei fluidi magnetici che circolano per tutto l'universo. Successivamente fece a meno dei magneti e usò la sua stessa forza magnetica guardando fìsso negli occhi i pazienti e passando le mani sul loro corpo. Le sue cure ebbero grande successo in alcuni casi, ma soprattutto lo ebbero le sue plateali dimostrazioni pubbliche di suggestione; tuttavia i numerosi insuccessi furono rovinosi per la fama di Mesmer. Comunque il mesmerismo suscitò grande interesse non solo dal punto di vista applicativo, ma anche tra letterati e filosofi, come appunto abbiamo visto.

Il suo allievo Puységur (175 1-1825) rivoluzionò il metodo avendo capito che la teoria di Mesmer dei fluidi magnetici era errata e che quello che contava, per la cura, erano la volontà e la forza di suggestione del magnetizzatore. Dunque Puységur induceva nei pazienti un sonno magnetico che, per la sua analogia con il sonnambulismo, venne chiamato "sonnambulismo artificiale". Notò che in questa condizione i pazienti acquisivano una particolare lucidità che permetteva loro di diagnosticare la propria malattia e di prescrivere il trattamento. Usò il magnetismo per puri scopi terapeutici, senza fare dimostrazioni pubbliche, e pensò che in futuro potesse essere applicato alla terapia delle malattie mentali che riteneva essere un tipo particolare di manifestazione sonnambolica.

Soltanto nel 1843 James Braid, un medico inglese che era rimasto impressionato dalle dimostrazioni date da un magnetizzatore, dette il nome di ipnotismo al sonnambulismo artificiale o sonno magnetico. Nell'ambito degli studi sull'ipnotismo furono osservati alcuni fenomeni interessanti: innanzitutto il fatto che una persona ipnotizzata entrava in uno speciale *rapporto* con l'ipnotizzatore che, ripetendo l'operazione più volte sulla stessa persona, finiva per indurre in quest'ultima una sorta di personalità e di vita secondarie che trovavano una loro continuità negli stati ipnotici, ma non nello stato di veglia. Si notò inoltre che nello stato di veglia l'ipnotizzato non ricordava più nulla di quello che aveva vissuto nel sonno artificiale (il fenomeno fu chiamato *amnesia postipnotica)* ma che, tuttavia, se gli veniva impartito un ordine da eseguire una volta cessata la condizione ipnotica, il soggetto puntualmente eseguiva l'ordine da sveglio pur non avendo nessun ricordo che quello gli fosse stato impartito. Il fenomeno venne chiamato *suggestione postipnotica.* Si scopri successivamente che, mediante opportuni procedimenti, si poteva far ricordare all'individuo nello stato di veglia quello che era accaduto quando era ipnotizzato. Si osservarono anche i rischi dell'ipnosi: se prodotta da ipnotizzatori inesperti o con troppa insistenza, poteva indurre in talune persone stati di catalessi, danni psichici di vario genere, dipendenza dall'ipnotizzatore e dalle sue aspettative, suggestionabilità, semisonnambulismo permanente.

L'ipnotismo fu usato anche a scopi terapeutici, non solo per dimostrazioni teatrali. Fu applicato ad esempio per produrre l'anestesia per gli interventi chirurgici, per curare o alleviare nevralgie, reumatismi, gotta, dismenorrea, grazie al fenomeno della suggestione postipnotica.. Vi furono soprattutto tre importanti autori che fecero studi sull'ipnotismo: Charcot, Bernheim e Janet. Quest'ultimo lo usò nella terapia dei disturbi psichici.

Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Dal 1870 fino alla sua morte fu considerato il più importante neurologo dell'epoca. Nel 1870 assunse la direzione, presso l'ospedale parigino della *Salpètrière*, di un reparto in cui era ricoverato un numero notevole di donne affette da convulsioni: alcune di queste donne erano epilettiche, altre isteriche. Charcot formulò una descrizione del grande attacco isterico *(grande hyxtérie)* e utilizzò l'ipnotismo per studiare il fenomeno delle paralisi isteriche e delle paralisi traumatiche. Riuscì innanzitutto a dimostrare e descrivere la differenza tra le paralisi organiche e quelle isteriche, queste ultime non determinate da cause organiche, dato che non venivano riscontrate lesioni di tipo neurologico. Inoltre dimostrò la correlazione tra paralisi traumatiche e paralisi isteriche. In sostanza, constatò che alcuni tipi di paralisi, che egli chiamò isteriche, pur potendo essere causate da traumi, non erano riferibili a danni neurologici e quindi erano dovute a fattori psichici.

Allorché vennero ricoverati alla *Salpètrière* tre pazienti maschi con monoplegia di un braccio conseguente a un trauma, egli ipotizzò che questo tipo di paralisi fosse analogo a quello che si verificava in certi casi di isteria e che quindi non avesse una causa organica. Per verificare la sua ipotesi, ipnotizzò alcuni pazienti e suggerì loro che, appena svegli, avrebbero avuto un braccio paralizzato, cosa che si verificò. Sempre attraverso l'ipnosi fece poi sparire la paralisi. Dimostrò poi come gli effetti di un trauma seguissero lo stesso meccanismo: suggerì ai soggetti ipnotizzati che, una volta svegli, il loro braccio si sarebbe paralizzato dopo che fosse stato dato loro un colpo sulla schiena. Anche questo esperimento ebbe successo e la monoplegia di questi pazienti si rivelò identica a quella di tipo postraumatico. Infine dimostrò che in alcuni pazienti che vivevano in uno stato di sonnambulismo permanente non era neppure necessaria l'ipnosi: bastava colpirli sulla schiena e il loro braccio si paralizzava. Charcot dimostrò inoltre che numerosi sintomi isterici potevano essere prodotti tramite ipnosi per cui si poteva ipotizzare un'affinità tra isteria e stato ipnotico o sonnambolico. Riteneva quindi che lo stato ipnotico fosse una condizione patologica simile aH'isteria.

Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Medico alsaziano, fondò la cosiddetta *Scuola di Nancy*, città in cui ebbe un incarico universitario dopo aver lasciato Strasburgo che era stata annessa alla Germania. Collaborò con il medico ipnotista Ambroise Liébeault che aveva sviluppato un suo personale metodo di ipnosi basato sull'assunto che il sonno ipnotico è un sonno naturale indotto per suggestione. Il suo metodo di cura si basava appunto sulla suggestione: Liébeault ipnotizzava il paziente fissandolo negli occhi, gli suggeriva di provare una sonnolenza crescente e, una volta che era subentrato lo stato ipnotico, gli diceva che tutti i sintomi non c'erano più. Bemheim non considerava l'ipnosi, al contrario di Charcot, come una condizione patologica, ma come l'effetto della suggestione basato su una disposizione alla suggestionabilità, cioè "a trasformare un'idea in un'azione", presente in tutte le persone. «Con il passar del tempo, Bemheim si servì sempre meno dell'ipnotismo, sostenendo che gli effetti che si potevano ottenere con tale metodo erano ottenibili anche per mezzo di suggestione allo stato vigile, un procedimento che la scuola di Nancy chiamò "psicoterapia"» (Ellenberger 1970, p. 102).

Pierre Janet (1859-1947)

Laureato in filosofia e poi in medicina, esercitò la professione prevalentemente a Le Havre e alla Salpètrière di Parigi. Psichiatra di grande ingegno e cultura, autore di numerose pubblicazioni e di teorie originali, ha avuto la sfortuna di essere contemporaneo di Freud e di essere citato soprattutto come precursore di alcune teorie psicoanalitiche. E' rimasto quindi un autore poco studiato nonostante il grande interesse e l'attualità di numerosi aspetti del suo pensiero. Anche per lui dovremo limitarci a brevi cenni. La sua opera più nota è £ *'automatismo psychologique* che fu la sua tesi di dottorato in lettere. Egli riprese la definizione di Despine di "automatismo psicologico" come quella condizione in cui un soggetto esegue, senza esserne consapevole, in uno stato di coscienza rudimentale, «atti molto complessi e intelligenti che raggiungono una meta perfettamente specifica e adeguata alle circostanze; atti esattamente uguali a quelli che l'Io comanda in altre occasioni mediante lo stesso apparato» (Ivi, p. 418). In questo scritto Janet distinse tra stati che corrispondono ad un automatismo psicologico totale e stati invece riferibili ad un automatismo parziale. Tra i primi annoverò la catalessi, lo stato ipnotico, le personalità multiple, tra i secondi la catalessia parziale, l'assenza mentale, la scrittura automatica, la suggestione postipnotica, le idee fisse, gli impulsi ossessivi, le allucinazioni, gli stati medianici.

L'automatismo psicologico è definibile, secondo Janet, anche in termini di debolezza psicologica che comporta un abbassamento del livello mentale, un restringimento del campo della coscienza la quale è invece pienamente operante quando l'individuo è dotato di forza psicologica.

Fondamentale nella teoria di Janet è il concetto di *idee fisse*. Eventi traumatici possono infatti, secondo l'autore, incistarsi nella vita psichica dell'individuo sviluppando progressivamente nel tempo una serie di convinzioni e di comportamenti legati tra loro da una logica sotterranea che ha preso spunto dal fatto traumatico sepolto nella vita passata dell'individuo. Certi sintomi isterici sono collegati appunto alle idee fisse subconsce che hanno un'esistenza autonoma, come se fossero frammenti scissi della personalità del paziente. Recuperare la memoria dei fatti che hanno dato origine alle idee fisse è un'impresa assai complessa e non basta, secondo l'Autore, che i fatti traumatici vengano ricordati per eliminare le idee fisse e i sintomi, occorre che nel paziente si crei una convinzione opposta. A questo scopo il metodo prescelto è l'ipnosi perché durante lo stato ipnotico il paziente può risalire all'origine traumatica delle sue idee fisse, rivivere l'evento che le ha determinate e può recepire delle suggestioni finalizzate a cambiare il suo ricordo dell'evento.

Vediamo questa tecnica complessa applicata ad uno dei tanti casi riportati da Janet, il caso di Marie che egli curò all'ospedale di Le Havre. Marie aveva diciannove anni e soffriva di attacchi convulsivi con deliri che duravano diversi giorni (Ellenberger 1970, pp. 421-424). Durante il periodo in cui la paziente fu messa sotto osservazione, Janet si rese conto che le manifestazioni patologiche consistevano in una serie di sintomi che si ripresentavano regolarmente all'epoca delle sue mestruazioni e in altri sintomi che si presentavano irregolarmente durante gli intervalli tra le mestruazioni. Prima delle mestruazioni Marie diventava triste e violenta, soffriva di dolori, spasmi e tremiti. Inoltre, venti ore dopo l'inizio, le mestruazioni si interrompevano. Improvvisamente, i tremiti aumentavano e seguiva un grave attacco isterico con grandi contorsioni del corpo. Lanciava grida di terrore, delirava parlando di sangue e fuoco, si arrampicava ovunque per sfuggire al fuoco e distruggeva tutto quello che poteva. L'attacco, intervallato da periodi di quiete, terminava con vomiti di sangue. Dopo un giorno o due di quiete, Marie non ricordava più niente. Nei periodi che intercorrevano tra una mestruazione e l'altra, la giovane soffriva di contrazioni alle braccia, varie anestesie e soprattutto di una cecità permanente all'occhio sinistro. Suggestioni e terapie varie non ebbero nessun effetto. Janet decise allora di sottoporla ad un'ipnosi profonda. In questa condizione, Marie ricordò che quando aveva avuto le prime mestruazioni a tredici anni, aveva provato un grande senso di vergogna. Dopo venti ore dall'inizio, aveva deciso, per interrompere il flusso, di fare un bagno in una tinozza di acqua fredda. Le mestruazioni si arrestarono, ma lei fu assalita da violenti tremiti ed ebbe parecchi giorni di dolori e deliri. Poi tutto passò e le mestruazioni si arrestarono per cinque anni, fino al momento in cui, ripresentandosi, produssero i sintomi che portarono al suo ricovero in ospedale.

Janet si rese conto che alcuni di questi sintomi coincidevano con quelli che la ragazza aveva detto, nello stato ipnotico, di aver provato dopo il bagno nell'acqua fredda e che quindi, ogni mese, in coincidenza con le mestruazioni, si ripeteva la scena vissuta allora, ma in una condizione allucinatoria. Decise allora di riportarla, attraverso l'ipnosi, all'età di tredici anni e al momento delle sue prime mestruazioni per convincerla che tutto si era svolto normalmente, che le mestruazioni non erano state interrotte da nessun bagno e che erano durate tre giorni. Fatto questo, le mestruazioni seguenti comparvero regolarmente, durarono tre giorni e non si verificarono tremori, convulsioni e dolori.

Janet passò poi ad esaminare il sintomo del terrore del sangue e, sempre attraverso l'ipnosi, ottenne che la ragazza raccontasse un trauma subito a sedici anni, cioè aver visto una donna morire cadendo dalle scale. Il terrore del sangue era dunque collegato a questa scena e quello del fuoco era molto probabilmente un'associazione di idee, basata sul colore, perché la ragazza non parlò del fuoco raccontando la scena traumatica. Con lo stesso procedimento di prima, Janet riportò la ragazza al momento del fatto e la convinse in ipnosi che la donna non

si era fatta niente e stava bene. Il terrore delirante del sangue scomparve di conseguenza.

Infine occorreva occuparsi della cecità. In stato ipnotico Marie raccontò che, malgrado i suoi pianti, all'età di sei anni era stata costretta a dormire con una bambina che aveva un'impetigine sulla parte sinistra del viso. Marie ebbe subito dopo un'impetigine nello stesso posto, che fu guarita, ma nessuno si accorse che da allora in poi essa aveva un'anestesia della parte sinistra del viso e non vedeva più dall'occhio sinistro. Janet, dopo averla riportata con l'ipnosi all'epoca in cui era successo il fatto, le suggerì che la bambina con cui aveva dormito era molto graziosa e non aveva nessuna impetigine. Al risveglio, la sensibilità alla parte sinistra del viso riapparve e l'occhio non era più cieco.

Un altro concetto fondamentale per Janet è quello, ripreso poi da Freud, di *finzione della realtà* che gli permise di distinguere gli stati mentali in base alla *tensione psicologica.* Una tensione psicologica alta caratterizzerebbe quegli individui capaci di un contatto adeguato con la realtà e quindi anche di mantenere un buon livello di attenzione sia per i propri stati mentali, sia per la realtà esterna. Il concetto di tensione psicologica e quello di funzione del reale permisero all'autore di stabilire una gerarchia delle funzioni psichiche:

Al livello più alto, la *presentificazione,* vale a dire la rappresentazione chiara del momento presente, della realtà esterna e degli stati mentali presenti, è determinata dal concorso di volontà e attenzione.

A un livello inferiore rispetto al precedente, vi sono quelle operazioni della mente che Janet chiama *attività disinteressata* che comprende le azioni che svolgiamo automaticamente senza intervento dell'attenzione.

A un livello ancora inferiore Janet colloca le funzioni dell'immaginazione (memoria per immagini, sogni ad occhi aperti, fantasie, ragionamenti astratti)

A questo livello ci sono le reazioni emotive.

Infine i movimenti muscolari inutili.

Sigmund Freud (1856-1939)

Freud scrisse che il modo migliore per esporre la teoria psicoanalitica è quello di fame la storia. Seguiamo dunque il suo consiglio in questa parte del manuale che lo riguarda, illustrando la genesi e lo sviluppo delle sue idee attraverso alcune delle sue opere principali che esamineremo in ordine cronologico.

La formazione

Nato a Friburgo, Freud frequentò l'Università a Vienna e li svolse poi la sua professione. Nella formazione di Freud, assai complessa sotto il profilo delle influenze culturali, dominano due principali orientamenti di base che coincidono con le scuole di pensiero presso le quali compì i suoi studi e le sue prime esperienze professionali: le teorie dell'isteria e l'uso clinico dell'ipnotismo, da un lato, le scienze neurologiche e il positivismo, dall'altro. Per quanto concerne il primo filone di pensiero, Freud frequentò la Salpètrière e Charcot, così come la scuola di Nancy e si appassionò alle tecniche ipnotiche e alle teorie sull'isteria che costituivano l'ambito di ricerca di queste scuole. La sua collaborazione con l'amico e benefattore Josef Breuer, medico e fisiologo viennese di notevole prestigio e di grande cultura, si basò sugli studi condotti insieme riguardo all'impiego della terapia ipnotica per l'isteria e sulla convinzione comune ai due che questo disturbo avesse un'origine psichica. Non dimentichiamo che l'ipnotismo aveva le sue radici culturali in quelle concezioni energetiche che erano state da esso condivise con il vitalismo e la filosofia della natura. La visione mistica e panteistica della filosofia della natura (alla quale, d'altra parte, si era ispirato anche Fechner, maestro di Wundt fondatore della psicologia sperimentale, prima della creazione della sua formula della Psicofisica) venne aspramente criticata dalla nuova corrente di pensiero filosofico che nasceva contestualmente ai grandi progressi della scienza di fine ottocento, il positivismo. E non vi è dubbio che il positivismo, la sua intenzione di creare una visione scientifica del mondo non inficiata dalle superstizioni delle filosofie precedenti, ispirò gli studi psicologici dei maestri di Freud, quelli con cui iniziò il suo lavoro clinico e di ricerca: Briicke e Meynert. Freud lavorò con estrema soddisfazione nel laboratorio di fisiologia di Briicke, il quale aveva studiato a Berlino insieme a Du Bois-Reymond. 1 due fisiologi erano convinti che i fenomeni psicologici andassero ricondotti alle loro caratteristiche fisiologiche e queste, a loro volta, alle componenti fìsiche e chimiche e che dovessero essere affrontati e spiegati con un rigoroso metodo fisico-matematico. Meynert descrisse invece i fenomeni psicologici in termini di neurologia dei riflessi, distinguendo due tipi di risposte riflesse: quelle che esistono fin dalla nascita e che seguono vie subcorticali, e quelle acquisite che seguono vie corticali.

Freud mantenne per tutta la vita l'impronta di questi insegnamenti e sempre dichiarò l'intenzione e sostenne la necessità di supportare i vari aspetti della teoria psicoanalitica con riscontri di tipo biologico. A questa aspirazione risponde il *Progetto di una psicologia* (1895), manoscritto che fu inviato all'amico Fliess. In questo scritto Freud tentò di spiegare i fenomeni mentali in termini di energia nervosa, delineando una teoria neuronaie. Negli anni '80 è impegnato nello studio degli effetti della cocaina che egli sperimenta anche su di sé. Descrive con ingenuo entusiasmo quelli che ritiene essere i benefici ricavabili da questo farmaco, innanzitutto per abbattere la dipendenza da morfina, allora ampiamente impiegata come analgesico nei casi di gravi sofferenze, poi per alleviare la depressione e i disturbi cardiaci. Ma un grave incidente smorza il suo fervore e interrompe i suoi esperimenti. Egli convince ad usare la cocaina il suo collega Fleischl-Marxow che ha sviluppato una dipendenza dalla morfina assunta per alleviare le conseguenze dolorose di una grave infezione. Ma l'effetto del nuovo farmaco non è quello sperato: mentre Fleischl-Marxow peggiora e sta morendo lentamente tra atroci sofferenze che la cocaina acuisce, diventa dipendente da questa sostanza.

L'isteria

La carriera clinica di Freud inizia in collaborazione con l'amico Josef Breuer, conosciuto nel laboratorio di Briicke. Insieme pubblicano nel 1895 *Studi sull isteria,* in cui prendono in esame cinque casi di donne diagnosticate come isteriche. Alcuni concetti fondamentali della psicoanalisi hanno preso forma già nella fase della riflessione teorica condotta da Freud sui casi pubblicati insieme a Breuer in questo periodo che è caratterizzato, per Freud, dal progressivo abbandono della tecnica dell'ipnosi e dalla convinzione crescente, in disaccordo con Breuer, che l'eziologia dell'isteria sia collegata alla sessualità. Ma anche elementi fondamentali della teoria della tecnica psicoanalitica vengono empiricamente dedotti da queste prime esperienze cliniche che qui riassumiamo.

II casa di Anna O. (Benha Pappenheint)

Si tratta di un caso non di Freud, ma di Josef Breuer. Il caso risale al 1880 e fu raccontato da Breuer a Freud nel 1883. Quando si ammala nel 1880, Anna O. ha ventun anni. E' una giovane di «eccezionale talento e cultura», intelligente e intuitiva, gentile, e dedita ad opere filantropiche, ma condannata ad un'esistenza opaca all'interno di una famiglia molto chiusa e rigida. Anna tenta di evadere dalla monotonia attraverso il «sogno ad occhi aperti sistematico» in cui si anima quello che lei ama chiamare il suo «teatro privato» ricco di fantasie poetiche. Breuer la descrive inoltre come «sorprendentemente immatura sul piano sessuale» e come coinvolta in un intenso e appassionato rapporto con il padre. L'evento precipitante per le condizioni psichiche di Bertha è la malattia mortale del padre che ella accudisce instancabilmente fino agli ultimi due mesi di vita, quando è ormai troppo malata per assisterlo fino alla morte. I sintomi che la ragazza presenta e che si aggravano progressivamente sono: perdita di appetito e conseguente forte astenia, grave tosse nervosa, strabismo convergente, emicranie improvvise e violente, episodi di eccitamento, strani disturbi alla vista, paralisi parziali e perdita della sensibilità (un caratteristico quadro isterico secondo la nosografia del tempo). Successivamente, con raggravarsi delle sue condizioni, si aggiungono altri sintomi: assenze mentali, periodi di sonnolenza, repentini cambiamenti di umore, allucinazioni su serpenti neri, crani e scheletri. Crescenti difficoltà di linguaggio e regressioni sul piano grammaticale e sintattico si alternano a momenti in cui riesce a parlare solo in italiano, o francese o inglese. Sviluppa due personalità distinte e alternate, una delle quali capricciosa e sregolata, l'altra eccessivamente quieta e acquiescente. Quando il padre muore i sintomi peggiorano ulteriormente.

Breuer la visita ogni sera e la trova in un leggero stato ipnotico autoindotto, nel quale, cioè, lei cade spontaneamente senza intervento del terapeuta. In questa condizione, Bertha parla a lungo con lui raccontando storie di vario genere e queste conversazioni alleviano notevolmente ma solo temporaneamente i suoi sintomi. Bertha definì questa modalità dei loro incontri come «la cura del parlare» (o «dello spazzacamino»), suggerendo un'idea decrittiva fondamentale per la futura tecnica psicoanalitica. 11 procedimento rivela un benefico effetto *catartico* perché permette alla paziente di recuperare ricordi e rivivere emozioni (fenomeno, quest'ultimo, chiamato *ubicazione)* che, senza lo stato di ipnosi, non potrebbero essere presenti alla sua coscienza.

Nel 1882 Anna O. ha un attacco di idrofobia: a lungo non riesce più a bere nonostante soffra la sete finché, nel suo stato ipnotico autoindotto, racconta a Breuer di aver visto, un po' di tempo prima, la governante far bere il cagnolino in un bicchiere. Non appena rivive il disgusto provato in quell'episodio, il sintomo deH'idrofobia scompare.

Breuer decide allora di adottare questa modalità sistematicamente su di lei come procedura terapeutica. Così ad ogni incontro, quando lei cade nell'ipnosi autoindotta, la sollecita a risalire via via alle occasioni in cui i sintomi sono sorti e che si sono tutte verificate durante la malattia del padre. 11 procedimento non risulta facile ma viene agevolato dalla partecipazione attiva di Anna finché, riferisce Breuer, i sintomi scompaiono totalmente nello stesso 1882.

In realtà Breuer ha omesso nel suo racconto il seguito della vicenda che riguarda la conclusione del suo rapporto con Bertha e che Freud rivelerà allo scrittore e biografo tedesco Stefan Zweig nel 1932. Quando i sintomi di Anna erano ormai sotto controllo, una sera Breuer fu chiamato da lei e la trovò in stato confusionale e in preda a forti dolori addominali. Quando le chiese cosa le stesse accadendo, la ragazza rispose: «Sta per venire il bambino del dottor B». Questo episodio spaventò Breuer che decise di affidare la paziente ad un collega.

La discussione sul caso tra i due autori degli *Studi sull 'isteria* produsse infine la rottura della loro collaborazione e anche della loro amicizia. Freud infatti ravvisò nel caso di Anna O. la conferma di una teoria che andava prendendo corpo nella sua mente, quella deH'ongme *sessuale* dei sintomi isterici, teoria che Breuer si rifiutò sempre di accettare nonostante riconoscesse il nesso tra isteria e problemi sessuali. L'episodio finale, che Breuer aveva taciuto nel suo resoconto, fu in seguito indicato da Freud come un tipico esempio di *transfert* (o *traslazione}.*

Il transfert è nella teoria freudiana matura il processo per cui in una determinata relazione, e in particolare nella relazione terapeutica, si riattualizzano affetti e moti pulsionali che hanno caratterizzato i passati rapporti infantili per cui, come scriverà l'Autore nel *Compendio di psicoanalisi*, il paziente «ravvisa [...] nell'analista un ritomo - reincarnazione - di una persona importante della sua infanzia, del suo passato, e trasferisce perciò su di lui sentimenti e reazioni che certamente erano destinati a quel modello. Questo fenomeno della *traslazione* si rivela ben presto come un fattore di insospettata importanza, da una parte un ausilio di insostituibile valore, dall'altra una fonte di seri pericoli. Questa traslazione è *ambivalente*, comprende atteggiamenti positivi e affettuosi, ma anche negativi e ostili nei confronti dell'analista, il quale, di regola, prende il posto di uno dei genitori, il padre o la madre. Finché positiva, la traslazione ci rende i migliori servigi» (Freud 1938, pp. 601-602). Infatti una traslazione positiva «diventa la vera molla che induce il paziente a collaborare» *(ibidem)* con il terapeuta. Comunque la traslazione permette di riscoprire nell'attualità della relazione analitica affetti e sentimenti rimossi che sono stati determinanti per le relazioni passate e lo sono adesso nella produzione dei sintomi.

Il caso di Emmy von N.

Inizialmente Freud applica il metodo catartico di Breuer inducendo nei pazienti una «ipnosi leggera», in modo tale che i ricordi di eventi traumatici, dissociati dalla coscienza, possano riaffiorare ed essere raccontati. Il racconto fa si che il paziente riviva anche le emozioni collegate al ricordo e possa quindi, raccontando, *abreagire*, cioè liberarsi dal peso emotivo del ricordo traumatico. Ma presto Freud si accorge che questo metodo non produce i risultati attesi e che certi pazienti non sono ipnotizzabili. Con Emmy von N., Freud capisce che è molto meglio approfittare del suo parlare spesso incontrollato e seguire con l'analisi i suoi racconti dei ricordi e delle angosce attuali. Sta nascendo la tecnica della *libera associazione*. Questa corrisponde a quella che poi diviene la *regola fondamentale* della tecnica analitica: chiedere al paziente di dire tutto quello che gli viene in mente, senza selezionare le cose da dire al terapeuta. Questi individuerà gli elementi del racconto da utilizzare per ricostruire, attraverso l'interpretazione, la causa dei sintomi e l'interpretazione proposta dal terapeuta servirà al paziente per prendere coscienza delle cause del suo malessere. Questo procedimento dovrebbe, secondo Freud, produrre la scomparsa del sintomo. Nell'analisi di questo caso, Freud spiega i sintomi isterici come prodotti di un meccanismo di *conversione* dell'energia libidica (psichica), connessa a rappresentazioni inaccettabili e quindi rimosse, in stimoli nervosi a carattere somatico. In altre parole, un eccitamento che proviene dall'inconscio, dopo la rimozione, viene scaricato sul corpo. Perciò si parla di *conversione isterica*

2.3.1/ caso di Elisabeth von R.

Freud utilizza più sistematicamente la tecnica della libera associazione che gli consente un tipo di lavoro da lui paragonato, in una metafora che diventerà un'emblema della psicoanalisi, «alla tecnica usata nello scavo di una città sepolta». Freud suggerisce ad E. di associare liberamente, di dire tutto quello che le viene in mente senza censurare alcun pensiero. Ma osserva come ogni tanto il corso delle parole si arresti e quando le chiede che cosa le passa per la testa, lei risponde «nulla». Freud ipotizza allora che proprio questo «nulla», questo arresto del discorso, indichi che esso sta sfiorando proprio quel pensiero inaccettabile che è all'origine dei sintomi isterici. Descrive allora il meccanismo della *resistenza* di cui, in questo caso, la paziente è in parte cosciente, ma che Freud riconosce poi come meccanismo di difesa inconscio. Postula quindi che sia proprio il non voler ricordare della paziente ad originare la conversione isterica, cioè la traduzione in sintomi somatici del conflitto non accettato e dell'idea inammissibile. L'idea impensabile di Elisabeth, che Freud le suggerisce attraverso *V interpretazione* dei suoi sintomi, ricostruendola attraverso le cesure del discorso cioè i silenzi di Elisabeth durante la libera associazione, è l'amore per il cognato e il conseguente desiderio di morte per la sorella. La paziente prima rifiuta questa interpretazione, ma quando riesce ad accettarla i suoi sintomi scompaiono. Nasce già da ora un problema: Freud crede nel potere che ha l'interpretazione di risolvere il sintomo a prescindere dal fatto che venga data al momento giusto, quello in cui può essere accolta dal paziente come un insight che produce una comprensione modificante delle problematiche che hanno detenninato i sintomi. Dovrà in seguito modificare questo ottimismo.

Il caso di Lucy R.

La donna è in preda ad un'allucinazione olfattiva, sente continuamente l'odore nauseabondo di un dolce bruciato. Freud mette subito in atto la tecnica della libera associazione e recupera una serie di ricordi familiari traumatici attraverso le sensazioni di odore che guidano la memoria della paziente verso il ricordo cruciale della violenza e della mancanza di affetto del padre. Freud ascolta in una modalità particolare che egli definirà poi *attenzioneJìuttuante,* o *attenzione equamente sospesa* e che indica un atteggiamento mentale, simmetrico alla libera associazione del paziente, di apertura a tutti i dettagli della narrazione del paziente che non vengono preliminarmente selezionati o scelti secondo il giudizio e le aspettative teoriche del terapeuta per non rischiare un'interpretazione precipitosa. Solo progressivamente il terapeuta costruisce nella sua mente quei nessi che mancano alla narrazione del paziente e che, una volta che gli sono comunicati, possono produrre in lui una comprensione modificante delle sue problematiche. In senso più sottile, premessa di futuri sviluppi teorici nei post-feudiani, il concetto significa che il terapeuta «deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette [...] così l'inconscio del medico è capace di ristabilire, a partire dai derivati dell'inconscio che gli sono comunicati, questo stesso inconscio che ha determinato le associazioni del malato» (Freud 1912a, p. 536). In altre parole, la coesione e la coerenza dell'inconscio del paziente prendono forma in quello del terapeuta in una sorta di comunicazione tra inconscio e inconscio, in cui quello del terapeuta funziona da organizzatore di quello del paziente.

Il caso di Katharina

Caso atipico perché Freud incontra la ragazza, che fa la cameriera in una locanda, in una sosta durante una passeggiata in montagna. La ragazza, saputo che Freud è un medico, gli parla di un suo sintomo: difficoltà respiratorie e senso di soffocamento. Il caso esemplifica lo stile di ragionamento usato da Freud nell'interpretazione, che ricorda quello descritto da Doyle nei suoi romanzi che hanno per protagonista Sherlock Holmes. Freud ipotizza che il senso di soffocamento sia collegabile ad angoscia e chiede a K. quando è iniziato. Lei risponde: da due anni. Freud allora chiede che cosa è successo di importante e sconvolgente due anni prima. K. racconta di aver sorpreso la cugina e lo zio (in realtà Freud scrive dello zio per pudore ma si trattava del padre di K.) in un amplesso e di aver poi vomitato. Freud associa il vomito al senso di nausea e le chiede se quella sensazione di nausea non è già stata da lei provata in modo significativo precedentemente. K. ricorda allora un episodio in cui lei stessa è stata fatta oggetto di pesanti attenzioni dallo stesso uomo e di aver provato nausea e senso di soffocamento. Il caso non dà seguito a un trattamento ma è raccontato da Freud solo per illustrare il suo metodo di indagine.

Ipotesi eziologiche sull'isteria

In uno scritto di poco successivo. *Enologia dell'isteria* (1896), Freud arriva infine a formulare una teoria completa a base traumatica e sessuale.

Se vogliamo che i sintomi di un'isteria divengano [...] i testimoni vivi e parlanti della genesi della malattia, dovremo necessariamente rifarci aH'importantissima scoperta di Josef Breuer: *i sintomi dell'isteria* (stigmate a parte) *devono la propria determinazione a esperienze particolarmente traumatiche nella vita del malato, che sono riprodotte nella forma di simboli innestici nella sua vita psichica.* Valendosi dunque del metodo di Breuer o di un altro sostanzialmente simile - ricondurremo l'attenzione del paziente dal sintomo alla scena in cui e per cui insorse; con il che elimineremo il sintomo, in quanto, ottenuta la rievocazione della scena traumatica, saremo in grado di rettificare il decorso psichico da allora instauratosi (Freud 1896, pp. 334-335).

Tuttavia, secondo Freud, procedendo con questo metodo, arriviamo spesso a stabilire che un particolare sintomo isterico è sorto dopo un episodio traumatico con cui non sembra avere una diretta correlazione in almeno due sensi: in quello della determinazione (ad esempio un sintomo di vomito iniziato dopo un incidente ferroviario), poiché il contenuto della scena traumatica non presenta alcun rapporto con la natura del sintomo; e nel senso della forza traumatica dell'episodio, per cui 1 'irrilevanza dell'episodio non può spiegare la formazione di un sintomo somatico spesso assai violento e persistente. Occorre allora ipotizzare che l'episodio dopo il quale il sintomo si è manifestato sia in qualche modo connesso con altri precedenti eventi traumatici di maggiore entità. Cosi si procede ulteriormente attraverso la libera associazione a partire da ogni sintomo, risalendo all'indietro. Spesso si formano catene associative che si intrecciano tra loro collegando in qualche modo sintomi diversi a episodi comuni del passato che costituiscono come dei nodi tra catene associative. Scopriamo allora episodi traumatici che risalgono alla pubertà. Ma può succedere ancora che questi episodi non soddisfino sotto il profilo della determinazione e della forza traumatica, trattandosi di fatti ancora piuttosto irrilevanti, anche se in essi spesso si preannuncia già la scoperta che *«alla fine si giunge sempre, infallibilmente, nel campo dei fatti sessuali»* (Ivi, p. 340). Si tratta di esperienze sessuali precoci così raggruppabili: 1) abusi da parte di estranei adulti; 2) «un secondo gruppo [...] formato dai casi, assai più numerosi, nei quali una persona adulta alle cui cure il bambino era stato affidato (nutrici, bambinaie, governanti, maestri, spessissimo, purtroppo, anche un parente stretto) iniziò il bambino al rapporto sessuale [...]» (Ivi, p. 348); 3) i casi dei rapporti tra bambini di sesso diverso, per lo più fratelli. Freud ha riscontrato la presenza di questi episodi in tutti i casi di isteria fino ad allora trattati. Dunque:

[...] Tisteria può essere quasi sempre ricondotta ad un *conflitto psichico* in quanto una rappresentazione incompatibile determina la *difesa* dell'Io e provoca la rimozione [...] *la difesa riesce nel suo intento di respingere dalla coscienza la rappresentazione incompatibile, se nel soggetto, fino a cpiel momento sano, sono presenti episodi sessuali infantili nella forma di ricordi inconsci, e se la rappresentazione che va rimossa può essere posta in connessione logica o associativa con un esperienza infantile di questo genere* (Ivi, p. 351).

Il punto oscuro della teoria, che alla luce delle conoscenze attuali possiamo considerare come un errore che la invalida, è quello di considerare possibile nel bambino già una rappresentazione dell'evento traumatico in quanto tale. In altre parole, secondo Freud il trauma depositerebbe nel bambino un'idea patogena che poi si collegherebbe con rappresentazioni affini e ad essa associabili in epoche successive della vita dell'individuo. Questa visione adultomorfa della mente infantile impedisce a Freud di «rendersi conto che l'azione patogena del trauma non consisteva né in un evento fisiologico, né nella sua rappresentazione mentale, ma nello sconvolgimento introdotto nel mondo relazionale del bambino, dato che la persona a cui il bambino dovrebbe rivolgersi per trovare cura e protezione era la stessa che lo terrorizza» e la possibilità di «introdurre un nuovo modello di psicogenesi, orientato verso una psicologia delle relazioni interpersonali e basato sull'interiorizzazione delle esperienze traumatiche in forma di modelli operativi e strutture affettive» (Bonomi 2001, pp. 91-92).

L'idea patogena, la rappresentazione incompatibile, nasce da una stimolazione sessuale sperimentata neH'infanzia e acquisterà forza con lo sviluppo pulsionale della pubertà. Gli effetti e il senso dell'idea patogena introdotta nella mente del bambino dall'esperienza traumatica, si svilupperebbero dunque, secondo Freud, soltanto in un momento successivo, nell'occasione di avvenimenti di minore importanza che richiamano associativamente quell'idea e in coincidenza con lo sviluppo sessuale della pubertà.

La svolta del 1897

Dato che il concetto di idea patogena è comunque il perno di tutta la sua teoria deH'isteria, non sembra quindi del tutto strano che appena un anno dopo Freud inizi un svolta decisiva, smentendo in parte la teoria appena formulata in *Etiologia dell 'isteria e* abbandonando la teoria del trauma, seppur in modo ambiguo e solo parziale. In una lettera all'amico Fliess del 21 settembre 1997, Freud dichiara di essersi accorto che quei ricordi che aveva faticosamente ricostruito nei suoi diciotto casi, erano per lo più soltanto fantasie dei pazienti.

Voglio subito confidarti il grande segreto che ha cominciato a chiarirsi lentamente in me negli ultimi mesi. Non credo più ai miei *neurotica.* [...] Voglio perciò incominciare la storia da principio e spiegarti da dove sono venuti i motivi che mi hanno fatto dubitare. Le continue delusioni nei tentativi di condurre almeno un'analisi a reale compimento, la fuga di persone che per un certo tempo erano state coinvolte come meglio non si poteva, l'assenza dei successi pieni su cui avevo contato, la possibilità di spiegarmi nella maniera usuale, i parziali successi: è questo il primo gruppo di motivi. Poi la sorpresa che in tutti i casi la colpa fòsse sempre da attribuire al padre, non escluso il mio, e l'accorgermi deirinattesa frequenza dell'isteria, dovuta ogni volta alle medesime condizioni, mentre invece è poco credibile tale diffusione della perversione nei confronti dei bambini. (La perversione dovrebbe essere enormemente più frequente dell'isteria, dato che la malattia può instaurarsi solo dove ci sia un accumulo di esperienze e dove sia subentrato un fattore che indebolisce la difesa.) Poi, in terzo luogo, la netta convinzione che non esista un "dato di realtà" nell'inconscio, dimodoché è impossibile distinguere tra verità e finzione investita di affetto. (Di conseguenza, rimane la spiegazione che la fantasia sessuale si impossessi regolarmente del tema dei genitori.) In quarto luogo, la considerazione che anche nelle psicosi più profonde non si fa strada il ricordo inconscio, in modo che il segreto delle esperienze giovanili non si svela neppure nel più confuso stato di delirio. Se dunque si constata che l'inconscio non vince mai la resistenza del conscio, naufraga anche la speranza che durante il trattamento si debba verificare il processo opposto, che cioè il conscio arrivi a controllare completamente l'inconscio (Freud, *Lettera a Wilhelm Fliess del2* settembre 1897).

Sembra dunque che i ricordi siano stati costruiti successivamente all'epoca del presunto evento traumatico e che siano stati proiettati nella prima infanzia. Freud quindi capirà che quella sessualità chiamata in causa dai ricordi stessi non era la conseguenza di abusi, ma rispondeva a pulsioni sessuali che, in forma parziale e non organizzata, si manifestavano già nella vita infantile. L'idea patogena sarebbe dunque il prodotto di dinamiche pulsionali verificatesi durante lo sviluppo sessuale infantile. Concetti questi che verranno sviluppati nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* del 1905, ma che, come vedremo nel *Caso di Dora,* trovano già applicazione nelle terapie condotte da Freud poco dopo questa lettera.

L'interpretazione dei sogni

Il 1997 è un anno importante per lo sviluppo della teoria psicoanalitica perché Freud iniziò ad applicare a se stesso il metodo psicoanalitico, non sottoponenendosi ad analisi con un altro terapeuta, ma attraverso un'autoanalisi che si protrasse per qualche anno. Analizzò i propri sogni e svolse su essi delle libere associazioni. Parte di questo materiale è riportato neH'opera pubblicata nel 1999, *L 'interpretazione dei sogni.* Freud ha compreso infatti che i sogni sono «la via maestra alla conoscenza della vita mentale inconscia» ma è consapevole che questa tesi susciterà clamore e critiche feroci. Il concetto centrale per la teoria del sogno è quello di desiderio: nei sogni i desideri inconsci trovano modo di manifestarsi seppure in forma indiretta. Il sogno è dunque una forma di pensiero, ma diversa da quello concettuale dello stato di veglia, è un pensiero per immagini, soprattutto visive, ma anche uditive a cui si aggiungono impressioni sensoriali di altro genere. Nel testo Freud illustra un'ampia tipologia di sogni, ma per l'analisi si attiene all'assunto fondamentale *che il sogno è I appagamento mascherato di un desiderio inammissibile e quindi rimosso.* Occorre dunque distinguere nel sogno il *contenuto manifesto* cioè la trama, lo scenario, i personaggi sognati, dal *contenuto latente* cioè i desideri e le loro dinamiche inconsce che effettivamente hanno determinato il sogno e che possono essere individuati solo attraverso un'azione di smascheramento, l'interpretazione appunto, che utilizza le libere associazioni del paziente sui vari dettagli del contenuto manifesto.

Dunque il contenuto latente emerge grazie all'interpretazione che utilizza le libere associazioni del sognatore. Freud definisce anche il sogno come il *guardiano del sonno:* dato che l'Autore ritiene che il nostro organismo tenda a ridurre gli stati di eccitazione ad un livello zero, quindi a trovare il modo di scaricare qualunque tensione turbi quella condizione di quiete che coincide con l'assenza di stimoli, considera il sogno come un modo per scaricare, pur a livello allucinatorio, stati di eccitazione prodotti nell'individuo o da stimoli interni (ad esempio di tipo pulsionale, o stati di ansia) o da stimoli esterni (difficoltà nella vita reale, conflitti con la realtà, ecc.), in modo tale da preservare il sonno dell'individuo. Dato che anche il desiderio produce una condizione di eccitazione, il sogno per custodire il sonno deve in qualche modo soddisfare il desiderio. Ma molti dei desideri inconsci che trovano espressione mascherata nel sogno sono, come abbiamo detto, inaccettabili perché in conflitto con le nostre convinzioni coscienti, con la morale, con i nostri sentimenti: perciò agisce nel sogno un meccanismo di *censura* che vieta al desiderio di esprimersi come tale. Data la censura, il desiderio rimane inconscio ed è costretto ad esprimersi in una forma allusiva, allegorica, mascherata, in modo tale che la censura non lo riconosca, ma anche in modo tale che, in questa forma mascherata e allucinatoria, possa comunque ottenere qualche tipo di soddisfazione.

A questa opera di mascheramento provvede il sogno stesso attraverso meccanismi caratteristici che Freud dice di aver individuato. Questi meccanismi appartengono quindi al *lavoro del sogno,* cioè a quell'attività creativa che il sogno compie per tonnare la trama che si svolge nel contenuto manifesto, a partire dall'elaborazione e trasfonnazione del contenuto latente. I meccanismi del lavoro onirico sono i seguenti:

Condensazione: un certo elemento del sogno manifesto riassume più elementi del sogno latente (ad esempio più temi, più avvenimenti, più persone vengono condensati in un unico tema, un unico avvenimento, un unico personaggio e questi mantengono alcune caratteristiche degli elementi di cui sono formati: l'elemento che risulta dalla condensazione è dunque eterogeneo rispetto ad ogni singolo elemento riassunto).

Spostamento: sostituzione di una rappresentazione inaccettabile, ad alta intensità affettiva, con un'altra rappresentazione di minore intensità ed accettabile per la censura, collegabile alla prima attraverso catene associative.

Raffigurazione plastica', il lavoro del sogno costruisce una trama, un racconto accostando vari elementi secondo una logica che non coincide con quella della coscienza, ma mantenendo, camuffati, alcuni nessi logici che possono perciò divenire coscienti. Ad esempio la simultaneità di due scene indica un nesso causale tra loro. Il sogno inoltre non conosce il principio di non contraddizione e la negazione, «il "no" - sostiene Freud — sembra non esistere». In un'aggiunta del 1914, Freud specifica che il sogno si esprime spesso attraverso simboli. Freud dà a questo termine un significato assai riduttivo (vedi successivamente la critica di Jung) nel senso che considera simboli quelle rappresentazioni tipiche che sono simili nei sogni di diversi sognatori e che possono pertanto essere interpretate direttamente senza ricorrere alla libera associazione (ad esempio i simboli riconducibili ad elementi sessuali).

Elaborazione secondaria: opera quando il soggetto si sta risvegliando ed agisce dando una forma relativamente coerente al sogno, attraverso eliminazioni e aggiunte, in modo tale da renderlo abbastanza intelligibile e memorizzabile.

I sogni mantengono spesso un collegamento con la realtà e fanno riferimento ad eventi realmente vissuti che rimangono riconoscibili. Freud chiama «residuo diurno» questa parte del sogno che fa riferimento aH'esperienza diurna.

Abbiamo detto che l’interpretazione del sogno, a parte certi simboli direttamente riferibili ad un significato noto, deve basarsi sulle libere associazioni del paziente sui vari dettagli del sogno: cioè il paziente deve di dire tutto quello che gli viene in mente in relazione a un dato particolare del sogno segnalatogli dall'analista. Questo permette al terapeuta di compiere il lavoro inverso a quello svolto dal lavoro onirico per mascherare il contenuto latente, e di risalire lentamente a quest'ultimo, ricostruendo nessi logici e causali, trovando riferimenti significativi nelle associazioni del paziente che consentono di dare una spiegazione esauriente del sogno fino a scoprirne il significato nascosto ovverosia il contenuto latente. Questo è appunto il processo interpretativo.

In una prima fase Freud riteneva che questa spiegazione, questa scoperta del contenuto latente, una volta rivelata al paziente, fosse di per sé sufficiente a superare in lui la rimozione e ad esercitare su di lui un effetto di cambiamento. In seguito si rese conto che il meccanismo di difesa chiamato *resistenza*, già riconosciuto negli *Studi sull'isteria*, cioè la non accettazione da parte del paziente dell’interpretazione dell’analista, era la principale difficoltà da superare. Cioè non bastava comunicare al paziente il significato dei suoi sintomi perché questi sparissero assieme alla rimozione. Quindi, una volta riscontrata una resistenza all’interpretazione, occorreva concentrare l’attenzione e l’interpretazione sulla resistenza stessa. D'altra parte, il fatto che il paziente opponesse una resistenza all’interpretazione dimostrava, secondo Freud, la validità di quest’ultima. Occorreva dunque insistere per scoprire quali aspetti più profondi venivano interdetti dalla resistenza.

In questo modo, però, si crea un problema che per lunghi anni non è stato riconosciuto dalle riflessioni sulla tecnica psicoanalitica: viene a mancare qualunque possibilità di invalidazione dell'interpretazione del terapeuta e si viene a istituire una asimmetria radicale fra il non sapere del paziente e il sapere dell’analista fino al punto che quest'ultimo può porsi con una totale autoreferenzialità rispetto ai contenuti del paziente sottoposti ad interpretazione. In altre parole, la non accettazione da parte del paziente di una interpretazione dello psicoanalista non indica a quest’ultimo che la sua interpretazione è errata ma solo una resistenza del paziente.

Infine Freud considerò l’interpretazione della resistenza e del transfert come i caratteri tipici del suo modello di tecnica terapeutica.

Nel capitolo VII *de\V Interpretazione dei sogni*, Freud stabilisce un’importante distinzione, già accennata nel *Progetto di una psicologia*, tra due modi di funzionamento dell’apparato psichico, il *processo primario* e il *processo secondario.* Il processo primario è caratteristico dell’inconscio, quello secondario di preconscio-conscio (vedi qui di seguito). Il processo primario funziona secondo i meccanismi di condensazione e spostamento, passa liberamente da una rappresentazione all’altra, senza che queste siano collegate da nessi logici, tende ad investire rappresentazioni collegate ad esperienze di soddisfacimento del desiderio. Il processo secondario coincide con il pensiero vigile, con il ragionamento, il giudizio, le rappresentazioni sono più stabili e distinte, collegate da nessi logici, e il soddisfacimento del desiderio viene differito. Successivamente Freud riprenderà la distinzione in altri termini, quelli del conflitto tra *principio di piacere* e *principio di realtà.* Vi è comunque una continua interferenza del processo primario (inconscio) su quello secondario (pensiero cosciente), come dimostrano ad esempio dimenticanze, lapsus, sbadataggini (Freud 1901), che spesso mostrano un’intenzione inconscia rimossa, e i modi di difesa del soggetto rispetto ai propri contenuti inconsci.

La distinzione tra *principio di piacere* e *principio di realtà* viene posta da Freud nel 1911 nel saggio intitolato *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico.* Il principio di piacere caratterizza il processo primario che è mosso verso la realizzazione di un soddisfacimento immediato di un desiderio. Il principio di realtà, ripreso per ammissione dello stesso Freud dalla *funzione del reale* di Janet, governa invece il processo secondario ed è volto al differimento della realizzazione del desiderio in riferimento alle condizioni e alle richieste della realtà esterna.

Ancora nell’interpretazione dei sogni appare la prima fondamentale sistematizzazione dell’apparato psichico, detta *modello topografico* (cioè un modello che delinea una differenziazione dell'apparato psichico in sistemi considerati metaforicamente come luoghi della psiche). Freud distingue tre funzioni: *Conscio, Preconscio, Inconscio.* I contenuti mentali di cui siamo interamente coscienti compongono il primo elemento della triade, il terzo contiene tutti quegli elementi che non hanno accesso alla coscienza a causa della censura che impedisce loro di accedervi, il preconscio, infine, intermedio tra gli altri due, contiene quei pensieri latenti che hanno una struttura verbale, che hanno diretto accesso alla coscienza ma che in un determinato momento non sono presenti nel campo attuale della coscienza.

Un sogno di Freud

A titolo di esempio del metodo freudiano di interpretazione dei sogni, riportiamo adesso il celebre *Sogno dell'iniezione di Irma*, fatto dallo stesso Freud nella notte tra il 23 e il 24 luglio 1895, e da lui interpretato attraverso le proprie libere associazioni, durante il periodo della sua autoanalisi. E’ il sogno che apre la lunga serie di quelli analizzati *ne\V Interpretazione dei sogni.* Lo riassumiamo. La famiglia Freud sta ricevendo un gran numero di ospiti in un ampio salone. Tra questi c’è Irma, paziente di Freud e amica di famiglia. Freud la chiama e la rimprovera per non aver accettato la sua «soluzione». E aggiunge: «Se hai ancora dolori è veramente soltanto colpa tua». Lei risponde di avere dolori alla gola, allo stomaco e al ventre. In effetti è pallida e gonfia e Freud, spaventato, pensa: «dopo tutto forse non tengo conto di qualcosa di organico». Le chiede di avvicinarsi alla finestra per guardarle la gola. Inizialmente Irma è riluttante, poi apre la bocca e Freud vede «a destra una grande macchia bianca e in un altro punto, accanto a strane forme increspate, che imitano evidentemente le conche nasali, estese croste grigiastre». Freud chiama subito Breuer e ci sono anche gli amici Oscar Rie e Wilhelm Fliess (menzionati da Freud mediante pseudonimi). Breuer dice che si tratta di un’infezione e che comunque il veleno sarà eliminato. L'infezione è stata provocata da un'iniezione fatta a Irma da Oscar Rie con un preparato di una sostanza che potrebbe essere propile, propilene, acido propionico, trimetilamina, sostanze da non iniettare con tanta leggerezza. In più. probabilmente Oscar Rie ha usato una siringa sporca.

L’inizio del sogno è un residuo diurno: effettivamente Irma era stata ospite pochi giorni prima di una festa di compleanno della moglie di Freud, in una casa di villeggiatura con ampie stanze. Ma chi è Irma? E’ una paziente di Freud con sintomi di isteria. L’antefatto del sogno che la riguarda è il seguente. Freud dice di averla in cura da poco tempo e osserva che l'amicizia tra la famiglia di Irma e la sua è un ostacolo per la psicoterapia perché un tal tipo di conoscenza sminuisce l’autorità dello psicoterapeuta e aumenta la sua ansia per i risultati, perché un eventuale insuccesso danneggerebbe l'amicizia tra le famiglie. Freud nella terapia propose a Irma una «soluzione», che non specifica nel racconto, che lei rifiutò e l’interruzione delle sedute per le vacanze estive lasciò i due in disaccordo. Un giorno Oscar Rie, che era il pediatra dei figli di Freud, andò a trovarlo e gli raccontò di aver visto Irma che, a suo parere, stava meglio ma non del tutto bene. Freud prese questa notizia come un rimprovero e pensò che Rie si fosse lasciato influenzare dai familiari di Irma che non avevano mai visto di buon occhio la terapia con Freud. La sera stessa stese un resoconto del caso da inviare a Breuer.

Freud interpreta il sogno punto per punto attraverso le sue libere associazioni sui vari particolari che esso contiene. Della sua lunga dissertazione scegliamo alcuni punti. Dopo aver illustrato gli antefatti, che spiegano già di per sé numerosi aspetti del sogno, Freud esplora tutto ciò che in esso appare come non direttamente legato a quelli. Ad esempio, il particolare della trimetilamina è legato all'amico Fliess e alle sue teorie sul chimismo sessuale (vedi dopo), la siringa sporca gli fa venire in mente la propria scrupolosità, accuratezza, di cui va fiero, con cui pulisce le siringhe. Seguendo i suoi pensieri, arriva poi a ricordare fatti spiacevoli: quello, tra gli altri, di aver iniettato ad un paziente un farmaco che, pur essendo prescritto per il disturbo di cui quegli soffriva, ne aveva provocato la morte. Dopo una lunga serie di associazioni che si ramificano in varie direzioni, il significato del sogno gli appare chiaro e conferma la sua teoria del desiderio come motore del sogno: tutte le associazioni convergono sul suo bisogno di dimostrare di essere un bravo e coscienzioso terapeuta. Dunque, se Irma non sta bene, cosa di cui gli è sembrato che Rie lo rimproverasse, la colpa non è sua e va scaricata su di un altro. E su chi meglio che sul suo accusatore? Il desiderio inconscio è doppiamente soddisfatto: Freud non ha colpa di nulla e Rie è punito dal sogno per le sue presunte critiche a Freud.

Come abbiamo visto, il sogno fa parte del percorso di autoanalisi di Freud. Come si è detto, egli non si sottopose mai all'analisi con un altro terapeuta, che sarebbe stato inevitabilmente uno dei suoi discepoli. La sua interpretazione del proprio sogno dimostra tutti i limiti di un'autonalisi, nel senso che in una pratica del genere, anche svolta nel modo più acuto e sincero, la rimozione continua ad operare e manca l'osservatore imparziale che sollecita ulteriori processi di disvelamento laddove l'Io del sognatore esita a riconoscere nel proprio sogno quello che lo turba di più. Così in questo sogno di Freud sono stati scoperti da altri autori, tra cui il suo biografo Peter Gay (1988), ovvi nessi con altre circostanze ed esperienze personali che Freud, forse per la maggiore implicazione con esse piuttosto che con quelle da lui riconosciute, ha stranamente trascurato nella sua pur ampia esplorazione dei nessi associativi. In particolare queste circostanze riguardano l'amico Wilhelm Fliess, presente anch'egli nel sogno. Costui, conosciuto da Freud nel 1887, era uno specialista berlinese di malattie del naso e dell'orecchio che aveva escogitato delle strane teorie i cui assunti principali erano: l'esistenza di una corrispondenza tra il naso e i genitali, la bisessualità degli esseri umani, e la coesistenza, in ogni individuo, maschio o femmina che sia, di due cicli bioritmici, uno maschile di ventitré giorni e uno femminile di ventotto. A parte le sue bizzarre teorie, che tuttavia al tempo ebbero un certo seguito, egli era comunque uno specialista stimato non solo a Berlino dove esercitava e aveva una numerosa clientela. Freud fu affascinato da Fliess, naturalmente anche per il motivo che questi condivideva le sue idee e iniziò con lui un fitto scambio epistolare e una profonda amicizia che, come quasi tutti i rapporti importanti che Freud intrattenne con maestri, amici e discepoli, si interruppe poi bruscamente.

L'interesse di Fliess per la sessualità e il suo bizzarro ingegno furono per Freud la fonte di alcuni importanti suggerimenti che utilizzò nella costruzione della sua teoria della sessualità infantile. Nelle Lettere di Freud a Fliess si leggono espressioni di grandissima ammirazione, a volte di adorazione, segno evidente di una notevole idealizzazione di questa figura. Nel 1910 Freud confesserà ai suoi più stretti collaboratori che nel suo attaccamento a Fliess aveva evidentemente giocato una componente omosessuale.

Tornando al sogno di Irma, vediamo che Fliess vi fa un'apparizione fugace. Ma non pochi sono i riferimenti del sogno ad una vicenda che lo riguarda e che Freud non prende in considerazione nelle sue libere associazioni. La vicenda si svolge in coincidenza con il periodo del sogno, nel 1895. In effetti la figura di Irma appare composita, frutto di una condensazione tra il personaggio reale e altre due pazienti di Freud: una, Anna Lichteim, figlia di amici di famiglia come Irma, è la paziente da lui preferita e assomiglia, per la vedovanza, la giovinezza, l'isteria, i legami con la famiglia Freud, ad un'altra sua paziente, Emma Eckstein. Questa soffre di dolori acuti e di secrezioni nasali. Freud, che sta considerando questi fatti come sintomi isterici, è colto dal dubbio che possa trattarsi di qualcosa di somatico. Chiama Fliess a Vienna per vedere la paziente e Fliess decide di operarla. Dopo l'intervento la paziente peggiora, ha forti emorragie dal naso e dalla bocca che emanano un odore nauseante. Freud convoca allora alcuni specialisti viennesi, uno di loro esamina la zona circostante l'incisione e si accorge che da questa sporge qualcosa simile a un filo: con una pinza ne afferra l'estremità ed estrae dal naso circa mezzo metro di garza che Fliess, sbadatamente, aveva lasciato nella ferita. Dopo un sanguinamento abbondante, la paziente si rimette. Inoltre gli specialisti sono d'accordo nel ritenere del tutto inadatto il tipo di intervento eseguito da Fliess sulla paziente.

Dunque il riferimento del sogno di Freud alle conche nasali che appaiono nella gola di Irma, alla sua mancata guarigione, sono certamente da mettere in relazione con questo sconvolgente avvenimento che poteva minare l'immensa fiducia di Freud per Fliess e la sua idealizzazione del)'amico. Sembra allora che il desiderio del sogno sia soprattutto quello di salvaguardare l'immagine dell'amico. Ciò è confermato dal fatto che Freud gli scrive rassicurandolo suH'iirilevanza del suo errore, scusandolo ed anzi complimentandosi con lui, fino ad addossare, come accadeva nel sogno di Irma, tutta la colpa a Emma Eckstein. Un anno dopo scriverà a Fliess che le perdite di sangue della donna dopo l'intervento, erano senz'altro di origine isterica ma che la paziente si serviva di quel sintomo per dimostrare agli altri che le sue sofferenze erano reali e non immaginarie.

tre saggi sulla teoria sessuale

A questo punto il significato dei sintomi appare chiaro: il sintomo, sostiene Freud, è una *formazione di compromesso* che riassume in sé i termini di un conflitto tra desiderio e rimozione. 11 paziente resiste all'azione dell'analisi che, in senso etimologico, si propone di sciogliere il sintomo, perché questo rappresenta per il paziente un soddisfacimento sostitutivo che rispetta la rimozione. 11 sintomo ha quindi apparentemente, per il paziente, un costo meno elevato, in termini di sofferenza psichica, dell'eventualità di divenire consapevole di un desiderio inammissibile, generatore di conflitto.

Tre saggi sulla teoria sessuale (1905a) sono la diretta emanazione della svolta del '97: se non è il trauma, in molti casi, ad aver determinato il disturbo, deve esserlo un conflitto interno, che si produce nel paziente in seguito a dinamiche intrapsichiche a prescindere dagli eventi esterni. A questo punto diviene cruciale, per spiegare il conflitto, il concetto di *pulsione* che è centrale nei *Tre saggi',* la pulsione può essere definita come un processo dinamico consistente in una *spinta,* una carica energetica, che ha origine nell'organismo dell'individuo e che tende verso una *meta,* cioè una particolare modalità di scarica della tensione energetica che caratterizza la pulsione.

Il conflitto deve dunque riguardare la pulsione e qualcosa che le si oppone e deve esistere già nelle prime fasi dello sviluppo infantile, laddove si colloca, come abbiamo visto, l'origine dei sintomi.

L'energia che si esprime nella pulsione è chiamata da Freud *libido.* La pulsione si situa al limite tra lo psichico e il somatico e la libido designa propriamente il suo aspetto psichico, è l'«espressione dinamica nella vita psichica» della pulsione sessuale (Freud 1922a, p. 448). Non esprime quindi una generica energia psichica, come sarà per Jung, ma è «l'immenso serbatoio» (Ivi, p. 524) di energia sessuale da cui traggono origine gli investimenti di questa energia sugli oggetti esterni. Questa tensione energetica ha origine in un eccitamento somatico che viene considerato quindi la *fonte* della pulsione. Per raggiungere la sua meta, cioè eliminare la tensione energetica, la pulsione si rivolge verso un *oggetto.* Fonte, meta e oggetto, sono dunque i tre aspetti caratteristici di una pulsione. 11 conflitto che determina il disturbo deve quindi verificarsi tra una pulsione che per il soggetto è inaccettabile e inammissibile, e la rimozione.

La pulsione, si è detto, rappresenta un punto di contatto tra lo psichico e il somatico. Essa produce infatti a livello psichico un suo *rappresentante,* qualcosa che viene percepito o sotto forma di idea, immagine (può essere ad esempio la rappresentazione dell'oggetto della pulsione), oppure sotto forma di affetto, cioè di stato affettivo piacevole o spiacevole, di intenso stato emotivo legato alla pulsione. Dunque il conflitto che si produce nell'individuo creando il sintomo, è fra il rappresentante della pulsione e la rimozione. Inoltre questo rappresentante, come abbiamo visto, deve risalire all'infanzia, dato che le catene associative dei pazienti conducono sempre a eventi che riguardano questo periodo della vita. Quindi la pulsione rimossa deve risalire all'infanzia e dato che la pulsione ha sempre un carattere sessuale, bisogna postulare l'esistenza di una sessualità infantile.

Freud tiene a distinguere tra pulsione (traduzione italiana del termine tedesco *Trieb)* e istinto (ted. *Instinkt),* termine, quest'ultimo, che designa un comportamento animale ereditario, specie-specifico, preformato e rivolto ad un oggetto definito. La pulsione ha invece una variabilità soggettiva. Inoltre è importante una distinzione tra pulsione sessuale e pulsioni di autoconservazione o *pulsioni dell'Io,* il cui prototipo è la fame, distinzione che Freud pone implicitamente nei *Tre saggi* e che verrà esplicitata nel 1910 in un breve scritto dal titolo */ disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica:*

D'importanza del tutto particolare [...] è l'innegabile contrasto esistente fra le pulsioni che si pongono al servizio della sessualità, del conseguimento del piacere sessuale, e le altre che hanno per meta l'autoconservazione dell'individuo: le pulsioni dell'Io. Secondo le parole del poeta, possiamo classificare come "fame" o come "amore" tutte le pulsioni organiche che agiscono nella nostra psiche (Freud 1910a, pp. 291-292).

Nel primo dei tre *Saggi* Freud affronta il tema della *perversione.* Non dà a questo termine nessuna connotazione morale, lo intende piuttosto come una forma di deviazione dal processo naturale della procreazione a cui la sessualità è finalizzata. Le perversioni sono dunque caratterizzate da mete e oggetti differenti da quelli della sessualità procreativa e consistono, dal punto di vista psicodinamico, in un arresto del processo di sviluppo della sessualità dell'individuo che inizia nei primi mesi di vita e che dovrebbe procedere fino alla sessualità procreativa matura. 11 tema è di attualità: Krafft-Ebing ha dedicato alla patologia sessuale un celebre studio del 1886 intitolato appunto *Psychopatia sexualis* e la produzione letteraria a riguardo è sempre più abbondante. Il primo *Saggio* di Freud classifica le deviazioni sessuali in base all'oggetto (esempio tipico il feticismo) e alla meta (esempio tipico il voyeurismo), addentrandosi anche nelle complesse varietà dell'omosessualità, chiamata inversione sessuale. Tuttavia Freud sostiene che il confine tra perversione e normalità è sfumato, dato che nella sessualità normale includiamo una serie di pratiche, tra cui i preliminari sessuali, che da un punto di vista classificatorio (meta e oggetto) potrebbero essere considerate perverse. Il confine risulta ancora più sfumato se consideriamo l'eziologia delle perversioni.

E qui entriamo nel secondo *Saggio* dedicato alle fasi dello sviluppo sessuale infantile. Freud sostiene che l'esistenza di una sessualità infantile è stata fino ad allora completamente ignorata, un po' a causa dell'immagine convenzionale dell'innocenza infantile, un po' perché nessuno, normalmente, conserva ricordi sui primi anni di vita, come se i primi sei — otto anni fossero oggetto di un'amnesia specifica simile alla rimozione. Freud si impegna dunque a ricostruire questa preistoria della sessualità adulta, non sulla base dell'osservazione diretta, ma sulla base di inferenze che prendono spunto dalle sue analisi sulle nevrosi dei pazienti adulti. Dunque Freud stabilisce che in realtà le pulsioni sessuali sono presenti fin dalla prima infanzia e vengono prodotte dall'eccitabilità di alcune *zone erogene* specifiche che cambiano nel corso dello sviluppo infantile. E che queste pulsioni si esprimono esattamente in quei modi che nell'adulto vengono chiamati perversioni. Parla quindi di *pulsioni parziali* perché la loro esistenza è collegata a singole parti del corpo e l'appagamento correlato è ottenuto direttamente con pratiche autoerotiche su quelle parti. In particolare, circa fino ai diciotto mesi, l'area eccitabile è quella della bocca, per cui l'Autore parla di una /à.se *orale.* Di fatto il piacere che il bambino ottiene dalla stimolazione della mucosa boccale e dell'area circostante la bocca, è collegata alla suzione del seno e alla funzione nutritiva. Le funzioni sessuali quindi *si appoggiano* in questo periodo sulle funzioni organiche, forniscono loro una meta e un oggetto, prima di divenire reciprocamente indipendenti. Allora la meta della pulsione diviene il ciucciare, ad esempio il dito o altri oggetti, attività che soddisfa la sensibilità della zona orale. Dai diciotto mesi ai tre anni circa l'area di eccitazione è l'ano, mucosa interna e area circostante comprese. Si parla dunque di /ùse *anale.* L'autoerotismo relativo a questa parte è praticato dal bambino soprattutto attraverso il trattenimento-controllo delle feci.

Il contenuto intestinale [...] è trattato come una parte del proprio corpo, rappresenta il primo "regalo" , con la cui alienazione può essere espressa la docilità, con il cui rifiuto può essere espressa la sfida del piccolo essere verso il suo ambiente. Come "regalo" assume poi il significato di "bambino", che, secondo una delle teorie sessuali infantili, viene acquisito mangiando e partorito mediante l'intestino (Freud 1905a, p. 496).

Infine, dai tre ai cinque anni, la zona erogena si trasferisce sul pene (e sul clitoride, sostituto del pene, nelle bambine) e l'autoerotismo è esercitato mediante l'autostimolazione di questo organo (anche indirettamente, attraverso movimenti particolari), per cui Freud parlerà in seguito *di fase fallica.* Nei *Tre saggi* Freud abbozza appena il significato di questa fase e solo molto più tardi la considererà come un momento di unificazione delle pulsioni parziali sotto il primato degli organi genitali. In questa fase comunque i bambini, maschi e femmine, riconoscono soltanto come organo genitale quello maschile e l'assenza di pene è considerata come segno di evirazione. Collegata a questa fase è infatti sia la nascita di quella particolare relazione libidica triangolare tra bambino e genitori, che prenderà più tardi il nome di *complesso edipico,* sia l'angoscia di castrazione del bambino. 1 due temi sono collegati. 11 complesso edipico porta infatti il bambino a sviluppare un particolare investimento libidico (amore, coinvolgimento, dipendenza, non solo desiderio sessuale) per il genitore dell'altro sesso e sentimenti aggressivi per il genitore dello stesso sesso (questa modalità del complesso edipico è definita da Freud positiva, mentre la modalità negativa è esattamente l'inverso: amore per il genitore dello stesso sesso, avversione per quello di sesso opposto). Da parte del bambino maschio, l'edipo positivo, cioè rinvestimento libidico per la madre e l'aggressività nei confronti del padre, viene vissuto con angoscia. Questa ha un'origine specifica nel timore della reazione aggressiva del padre e nella conseguente minaccia di castrazione che il bambino avverte da parte di lui. Freud chiama questo vissuto *angoscia di castrazione.* Questa, spiegherà successivamente Freud, produce un disinvestimento libidico della figura materna e una repressione della sessualità.

Si ha quindi la fase successiva, che è la /àsc *di latenza,* la quale dura fino al risveglio della sessualità nella prima adolescenza. Nei *Tre saggi* Freud descrive il periodo di latenza come organicamente e geneticamente determinato, ma anche come prodotto dell'educazione e come frutto del dispiacere che il bambino proverebbe se dovesse rimanere legato alle sue pulsioni parziali o al desiderio per il genitore, dato che la barriera contro l'incesto è una delle prime prescrizioni della civiltà che egli assimila attraverso l'educazione e i contatti sociali. In questa fase nascono contemporaneamente «il disgusto, il sentimento del pudore, gli ideali estetici», cioè l'energia sessuale rimane latente, o meglio, viene deviata verso altre mete e oggetti per il meccanismo che Freud chiama *sublimazione.* Questo importante meccanismo, fondamentale anche nell'adulto, è all'origine della trasformazione della libido in realizzazione di mete che riguardano "la civiltà", cioè mete artistiche, culturali, religiose, lavorative, ecc.

Ma che cosa succede alle bambine? Sia per il maschio che per la femmina vige nella fase fallica la teoria sessuale infantile, cioè la convinzione infantile che anche le donne abbiano un pene. Il bambino vive un rifiuto dell'altro sesso, come se le femmine fossero evirate, quando si accorge della mancanza del pene nelle bambine e nella madre.

La bimba non cade in un rifiuto analogo quando scorge che il genitale del maschio ha forma diversa. Essa è subito disposta a riconoscerlo e soccombe all'invidia del pene, che culmina nel desiderio, importante per le sue conseguenze, di essere anche lei un maschietto (Ivi, p. 504).

Successivamente, per quanto riguarda il complesso edipico al femminile, Freud dirà che *Vinvidia del pene* produce una particolare attrazione per la figura patema nelle bambine, come se il padre potesse in qualche modo farle partecipi di quell'organo che ad esse manca, e, corrispettivamente, una svalutazione della figura materna. Il desiderio del pene sarà sostituito più avanti nella crescita da quello di avere un figlio.

Freud prende dunque atto dell'esistenza di un'aggressività pulsionale, ma, in questo periodo, non pensa che l'aggressività sia una pulsione diversa dalla libido bensì ritiene che nella pulsione come tale vi sia sempre un impasto di libido e aggressività.

Il passaggio da una fase all'altra del periodo preedipico non è cosi preciso e automatico e spesso si hanno ritardi o sovrapposizioni tra fasi. Durante tutto il periodo che precede il complesso edipico, il bambino può essere considerato, secondo Freud, un *perverso polimorfo* nel senso che nell'erotismo infantile sono presenti in potenza tutte le perversioni dell'adulto.

In edizioni successive dei *Tre saggi,* Freud aggiunse poi altri concetti: quello delle varie *teorie sessuali infantili* relative alla nascita; quello di *concezione sadistica del rapporto sessuale,* per cui i bambini a cui capita di assistere all'unione sessuale tra adulti, «non possono fare a meno di concepire l'atto sessuale come una specie di maltrattamento o di sopraffazione, dunque in senso sadistico. La psicoanalisi ci insegna anche che tale impressione piccoloinfantile contribuisce notevolmente alla predisposizione verso lo spostamento sadico della meta sessuale» *(ibidem)',* il concetto di *esplorazione sessuale infantile,* cioè l'esercizio della curiosità e della ricerca relative a problematiche sessuali che al bambino appaiono oscure: questa esplorazione, condotta soprattutto dal terzo al quinto anno di vita, è un'anticipazione «di quell'attività che si attribuisce alla pulsione di sapere o di ricerca» (Ivi, p. 502) che è una delle attività di più alto livello nell'adulto.

A questo punto il quadro è completo per tornare a descrivere il meccanismo della perversione e il suo rapporto con la nevrosi. Questo rapporto è definito da Freud con la celebre e ricorrente formula: *«la nevrosi è, per così dire, la negativa della perversione»* (Ivi, p. 477). Infatti ciò che produce la rimozione nelle nevrosi sono proprio i tratti di sessualità perversa ereditati dal periodo preedipico. 1 sintomi isterici, ad esempio, sono determinati dal conflitto tra un bisogno sessuale eccessivo ed un severo rifiuto della sessualità. Mentre questi residui impulsi autoerotici sono rimossi nelle nevrosi, questo non accade nelle perversioni in cui il meccanismo è quello della fissazione o della regressione a fasi della sessualità infantile, cioè del permanere di tratti perversi non rimossi e di un'organizzazione della libido di tipo infantile.

Le perversioni non sono né bestialità né degenerazioni nel senso passionale della parola. Esse costituiscono lo sviluppo di germi, tutti contenuti nella disposizione sessuale indifferenziata del bambino, la cui repressione o volgimento verso fini asessuali più alti - la "sublimazione"- é destinata a fornire le energie per gran parte dei nostri contributi alla civiltà. Quando dunque un soggetto sembra *divenuto* grossolanamente e manifestamente perverso, è più giusto dire che é *rimasto* tale, che esso rappresenta uno stadio di *inibizione evolutiva.* Gli psiconevrotici sono tutte persone dalle tendenze perverse fortemente marcate, ma rimosse e rese inconsce nel corso dello sviluppo. Le loro fantasie inconsce presentano pertanto esattamente lo stesso contenuto delle azioni autentiche dei perversi [...] (Freud 1905b, p. 341).

L'organizzazione sessuale nella fase orale è collegata, come abbiamo visto, all'assunzione di cibo, non c'è distinzione tra le due, tanto che Freud parla di meta «cannibalesca» di questa pulsione, descrivendola anche come tendenza all'«incorporazione dell'oggetto, il modello di ciò che più tardi avrà, come "identificazione", una cosi importante funzione psichica» (Freud 1905a, p. 506). La pulsione determina poi le relative fantasie di incorporazione che agiscono nelle perversioni e nelle nevrosi.

L’organizzazione della libido nella fase anale è di tipo «sadico-anale» e prende la forma psichica di un’appropriazione dell’oggetto. Se la zona erogena è la muscolatura anale, prevale l’aspetto attivo del l’appropriazione e del controllo sadico dell’oggetto, se è la mucosa anale prevale l’aspetto passivo-masochistico. L’idea di un’organizzazione sadico-anale della libido viene poi ripresa in *Carattere ed erotismo* anale del 1908, che fa risalire certi tratti caratteriali dell’adulto (ordine, parsimonia, ostinazione) all'erotismo anale infantile. Anche la nevrosi ossessiva verrà ricondotta alle pulsioni sadico-anali.

Infine nel terzo capitolo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* Freud sviluppa il tema dello sviluppo della genitalità nell'adolescenza. I primi segni di un'uscita dalla latenza e di un risveglio della sessualità si hanno già verso gli otto anni. Da questa età in poi comincia un percorso di organizzazione della sessualità sotto il primato di un’unica zona erogena, quella genitale, e di un movimento della pulsione verso un oggetto esterno, quindi secondo la meta della procreazione, della scelta oggettuale, dell’amore maturo. Se la zona erogena direttiva nella pubertà diviene per il maschio il pene, nella femmina la questione è secondo Freud più complicata. Infatti il suo pene è il clitoride e qui inizialmente si concentra la fonte di stimolo che sollecita, come nel maschio, pratiche masturbatone e la risposta all’eccitamento sessuale prodotta dai primi contatti con l’organo maschile. Questa fase fallica al femminile è contemporanea al mantenimento di un forte legame con la madre costellato da fantasie di fare con lei un bambino. Successivamente, però, la bambina inizia ad odiare la madre, in particolare quando la riconosce come mancante di un pene e quindi la responsabilizza della propria stessa mancanza. Manterrà a lungo con lei un legame ambivalente di amore e odio. E’ allora che si rivolge al padre e sviluppa tardivamente il complesso edipico. A questo punto, scriverà Freud in *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)* del 1932, la bambina si troverà di fronte a tre sviluppi possibili:

La scoperta della propria evirazione è un punto di svolta nello sviluppo della bambina. Da essa si dipartono tre indirizzi evolutivi: uno porta all'inibizione sessuale o alla nevrosi; il secondo a un cambiamento del carattere nel senso di un complesso di mascolinità; l’ultimo, infine, alla sessualità nonnaie (Freud 1932, p. 232).

Sul piano anatomico, solo lentamente la sensibilità del clitoride cederà il posto a quella della vagina:

Quando la traslazione dell'eccitabilità erogena della clitoride all’ingresso della vagina si è compiuta, la donna ha cambiato la zona direttiva per la successiva attività sessuale, mette l'uomo ha conservato sempre quella dell'infanzia. In questo cambiamento della zona direttiva erogena, come anche nel sopravvento puberale della rimozione che per cosi dire elimina la mascolinità infantile si trovano le condizioni principali del fatto che la donna vada particolarmente soggetta alla nevrosi, in particolare all’isteria. Queste condizioni dunque sono intimamente connesse con l’essenza della femminilità (Freud 1905a, p.527).

Questo modo di valutare lo sviluppo dell’organizzazione della sessualità femminile secondo il paradigma dello sviluppo maschile, questo sguardo al "maschile” sull'essenza della femminilità, sono stati ampiamente contestati già ai tempi di Freud e successivamente, negli ultimi venti anni, dalla cosiddetta “psicoanalisi al femminile” (Silvia Vegetti Finzi), cioè dalla revisione delle teorie freudiane sulla sessualità femminile condotta soprattutto da psicoanaliste nella prospettiva di una differenziazione di genere dello sviluppo sessuale. Karen Homey, già ai tempi di Freud, sostenne che la concezione al maschile dello sviluppo femminile non coglieva il dato culturale essenziale degli effetti, sull’educazione sessuale delle donne, di secoli di dominio del patriarcato (questa opinione le costò l’espulsione dalla società psicoanalitica). Il torto di Freud fu quello di condividere il pregiudizio, diffuso al suo tempo, dell’inferiorità biologica della donna. Ne vedremo, in un paragrafo successivo, le conseguenze dirette sul suo modo di condurre la terapia in un altro dei suoi celebri casi di isteria, il caso di Dora.

Il piccolo Hans

Le teorie dei *Tre saggi* trovano applicazione e conferma immediate nell'analisi di un bambino di cui Freud non si occupò direttamente ma solo seguendo l'intervento dei genitori (il padre era un discepolo di Freud): si tratta delF^na/isz *della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans)* pubblicato nel 1908. A tre anni Hans era stato minacciato di evirazione dalla madre perché sorpreso a giocare con il suo "fapipì". Cominciò poi a chiedersi se altre persone e gli animali ne fossero dotati come lui e sembrò incuriosito dalle dimensioni di quelli dei cavalli, mentre, avendo osservato che la sorellina non l'aveva, si rassicurò dicendo che le sarebbe cresciuto. Tuttavia, dopo aver assistito all'età di quasi cinque anni alla caduta di un cavallo che trainava un carro, sviluppò una fobia per questi animali e per altri di grandi dimensioni (giraffe, elefanti). Aveva paura soprattutto di essere morso dai cavalli. Il tutto venne interpretato da Freud come un effetto del complesso edipico: vedendo cadere il cavallo aveva temuto che suo padre potesse morire a causa dell'odio che il bambino provava per lui, al tempo stesso aveva paura del padre e della castrazione e aveva spostato questa paura sui cavalli, gli animali dotati di un grande pene cosi come il padre era dotato di un pene più grande del suo. Inoltre emersero anche pulsioni aggressive contro la sorellina che Hans immaginava di veder affogare nella vasca da bagno. Hans ammise al padre di desiderare la sua morte per poter sposare la mamma, dopodiché i sintomi fobici cominciarono a recedere.

Dobbiamo notare che il complesso edipico sta diventando la chiave di volta della maggioranza delle interpretazioni di Freud e che queste fanno sempre più uso di una riduzione a significati sessuali delle immagini prodotte dalla psiche dei pazienti. 11 simbolismo sessuale è quindi onnipresente.

Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)

Scritto nel 1901, ma pubblicato nel 1905. Facendo la storia dell'insuccesso di questa terapia, Freud, in totale buona fede, offre un resoconto di alcuni suoi interventi che non hanno avuto l'effetto desiderato e che comprendono anche, come è stato rilevato in seguito, alcuni errori paradigmatici, soprattutto l'arbitrarietà e l'aggressività dell'interpretazione che, come dicevamo prima, non può essere smentita dal disaccordo del paziente. Anzi, il disaccordo viene considerato, in quanto resistenza, come una conferma della validità dell'interpretazione. Ripercorriamo adesso alcuni momenti cruciali del trattamento di Dora.

La cura della giovane isterica che Freud chiamò «Dora» durò appena tre mesi. Fu interrotta per decisione della paziente, che aveva allora diciotto anni, il 31 dicembre del 1900. Nella seduta di quel giorno, racconta Freud, inaspettatamente «la malata esordì con queste parole: - Sa. dottore, che oggi è l'ultima volta che sono qui?».

La risposta di Freud non tradisce alcuna emozione particolare: «Sa bene che è sempre libera di smettere. Oggi però lavoreremo ancora. Quando ha preso la sua decisione?». La seduta si svolge regolarmente; Freud, applicando inflessibilmente la nuova concezione della nevrosi che, dopo la svolta del '97, attribuisce alle fantasie dei pazienti gli episodi di molestie sessuali subite, ribadisce e completa la sua interpretazione del malessere di Dora come effetto dell'amore deluso e inconfessato proprio per colui (il signor K.) da cui la giovane dichiara di essere stata molestata. Secondo Freud, la sua tesi trova un'inequivocabile conferma nel fatto che la paziente reagisce ora alla delusione amorosa vendicandosi sull'analista: è per questo che ha deciso di interrompere l'analisi. Così Freud, nel "poscritto", può concludere: «La traslazione [il transfert] potè quindi cogliermi alla sprovvista; a causa di un ignoto fattore per cui le ricordavo il signor K., la paziente si vendicò su di me come aveva voluto vendicarsi di lui e mi lasciò come egli stesso, secondo lei, l'aveva ingannata e lasciata» (Freud 1905b. p. 399).

Quando Dora viene condotta da Freud, i suoi sintomi non sono gravi. Già all'età di otto anni ha sofferto di difficoltà di respiro; a dodici anni, di cefalgia e di tosse nervosa. Quest'ultimo sintomo si ripresenta a diciotto anni. Gli accessi di tosse durano da tre a cinque settimane e provocano per un certo periodo la perdita totale della voce. Freud l'ha vista una prima volta a sedici anni, ma, a quel tempo, i sintomi hanno avuto una remissione spontanea e immediata. Poi, racconta Freud, le condizioni della ragazza sono peggiorate: depressione, alterazione del carattere, scontentezza, stanchezza, asocialità, rifiuto di condividere con la madre le occupazioni domestiche (a quei tempi questo fatto poteva essere considerato un sintomo), infine una minaccia di suicidio e uno svenimento dopo una lite col padre. Un caso tutto sommato non grave di *petite hystérie* che, come Freud ammette, non presenta particolarità di rilievo sul piano clinico. Tuttavia egli decide di pubblicare il resoconto di quest'analisi non riuscita perché vi vede alcune importanti conferme delle sue teorie.

A queste abbiamo accennato. Cercheremo adesso di intravedere nel racconto clinico il vissuto di Dora. La morsa che la stringe non è solo quella dei suoi sintomi: essa vive al centro di una situazione infernale di cui mette a parte Freud. Di lui si fida perché sa ascoltarla, è anzi l'unico che accetta di ascoltarla.

Il padre di Dora, un ricco industriale dotato di un'intelligenza brillante, ha sofferto di gravi malattie, sifìlide e tubercolosi. E' stato curato da Freud ed è stato lui a presentargli Dora. La madre è una donna insignificante, dedita ossessivamente ai lavori domestici, afflitta, dice Freud con ironia, dalla «psicosi della casalinga». A lei è molto attaccato il fratello di Dora; quest'ultima lo è al padre. La famiglia ha stabilito una stretta amicizia con un'altra famiglia, che Freud chiama K. La signora K. ha assistito il padre della ragazza durante la sua ultima penosa malattia e i due, più o meno segretamente, sono diventati amanti. Dora si è occupata dei bambini dei signori K. finché, in due occasioni, a quattordici anni e a sedici anni, ha dovuto subire molestie e tentativi di seduzione da parte del signor K.. La prima volta questi ha tentato di abbracciarla e baciarla e lei ricorda di aver provato un forte senso di nausea; la seconda, le ha fatto delle proposte sessuali, ma lei ha reagito schiaffeggiandolo. Dopo quest'ultimo episodio, Dora racconta tutto al padre. Egli appare indignato e pretende spiegazioni dal signor K. ma poi si accontenta dell'accusa che questi fa alla giovane di aver mentito, di coltivare fantasie morbose (quello che in sostanza pensa anche Freud) suggerite da certe letture poco adatte alla sua età, come il libro del Mantegazza intitolato *Fisiologia dell'amore*. Come può il signor K. essere al corrente di questi segreti interessi di Dora?

Dora ha trovato nella signora K.. energica, affascinante, sensibile, un modello ideale di femminilità, e ha maturato per lei un attaccamento profondo: insieme hanno letto quel libro che è diventato il segreto condiviso tra loro due soltanto. L’amicizia con la signora K. segna per Dora il punto culminante di un faticoso processo di differenziazione dallo stereotipo femminile che la madre rappresenta: donna di casa, ottusa, insensibile, priva di interessi, curiosità e desideri. Dora riceve adesso stima e affetto proprio da colei che rappresenta il suo segreto ideale di donna appassionata e che le è vicina per una segreta complicità nell'amore per la vita.

Il fulcro dell'amicizia fra le due donne è la conversazione attorno alle sottigliezze del desiderio femminile, evocate dalla lettura del libro del Mantegazza. In questa avventura dentro il significato di una femminilità ancora sconosciuta, libera dagli intralci delle aspettative materne, Dora percorre con la nuova amica i luoghi più segreti del desiderio, lontano dalla casa materna e dalla rinuncia alla vita, che vi regna come condizione dell'esser donna; esplora i suoi vissuti più intimi, cercando la chiave di quell'enigma della femminilità che connette il desiderio, le sue metamorfosi e le sue trasgressioni, al bisogno, anzi direi alla volontà intensa, disperata, di sentirsi amata e corteggiata. L'enigma è costantemente evocato dal racconto del "caso di Dora", soprattutto laddove lo sguardo dello scienziato rinuncia a cercare riscontri teorici e lascia spazio alla sensibilità del narratore. Si intravede allora una segreta complicità del terapeuta con l’autore del libro a cui la giovane si è appassionata.

Ma quando infine Dora si accorge che la signora K. ha tradito il segreto parlandone al marito, capisce che la donna ha accettato di fare amicizia con lei solo per aver più agio di frequentare il padre. Ciononostante, continua a nutrire per l’amica perduta un'intensa ammirazione.

La ricerca di Dora non è esente da inquietudini e perplessità. Distaccarsi da un modello approvato di femminilità, per avventurarsi in un territorio sconosciuto del proprio essere, senza per questo sconvolgere affetti, legami, norme assimilate, è un percorso che la fanciulla può intraprendere a condizione di essere rassicurata sulla legittimità delle sue esplorazioni. A questo scopo chiede al padre, e poi al terapeuta, di riconoscere l'onorabilità e l'affidabilità dei nuovi sentimenti che lei prova e di mostrarle fiducia. Come lei stessa ammette con Freud, ha cercato e apprezzato l'attenzione del signor K., forse ha provato un'indecifrabile attrazione per lui. avrà anche sognato di "sposarlo": ma quale significato dare a questa scenografia interiore, a queste sfumature del sentimento? 11 padre non la capisce né la protegge, né difende nei confronti del signor K. l'onorabilità dei sentimenti di lei, anche perché non può farlo, data la sua relazione con la signora K.: sembra quasi che fra i due sia avvenuto un tacito baratto, la figlia dell'uno in cambio della moglie dell'altro. 1 fatti, inoltre, dimostrano che il signor K. desidera Dora non più di quanto desideri qualunque altra, come la giovane governante, che viene prima assillata dalle sue proposte sessuali e poi licenziata per averle rifiutate.

Vittima di questo intreccio di ipocrisie, in cui ognuno si serve di lei per il proprio tornaconto violando e travisando i suoi sentimenti, Dora si rivolge allora a Freud, cioè all'uomo che si mostra comprensivo e gentile — nonché affascinato da lei «sia per le sue doti e la precocità intellettuale che per la sua predisposizione patologica» -, dandogli fiducia.

Ma Freud ha una sua idea su Dora, che gli deriva dalla svolta teorica del '97, cioè dall'aver abbandonato la tesi che i sintomi isterici siano l'espressione di molestie e traumi realmente subiti nell'infanzia. Un'idea che troviamo riassunta nelle sue conclusioni teoriche sul caso di Dora:

L'incapacità a soddisfare le esigenze erotiche reali è uno dei tratti caratteristici fondamentali della nevrosi; i malati sono dominati dal contrasto tra realtà e fantasia. Ciò a cui ambiscono più intensamente con l'immaginazione, essi lo fuggono allorché la realtà lo offre loro; e quando la realizzazione delle loro fantasie non è più da temere, tanto più volentieri si abbandonano ad esse (Ivi, p. 392).

Con un artificio logico (a cui ricorre spesso) Freud ci offre, come conclusione della sua indagine su Dora, ciò che in effetti ne costituisce l'assunto teorico di base: l'incapacità a soddisfare le esigenze erotiche reali, la sostituzione di queste con fantasie, non è ciò di cui Dora gli parla, ma ciò che egli presuppone e di cui vuole convincerla. Egli pretende di dimostrale che lei è innamorata del signor K., che ne è gelosa e che vorrebbe sposarlo, che il sintomo della nausea manifestatosi dopo il bacio del signor K. è una conversione isterica dell'eccitamento sessuale da lei provato in quell'occasione e non ammesso a causa del sentimento di colpa per la masturbazione infantile (com’è dimostrato, secondo Freud, dal fatto che durante una seduta Dora giocherella con un borsellino semiaperto introducendovi ripetutamente il dito. Il significato di questa «azione sintomatica» è per Freud inequivocabile ed assume un valore esplicativo fondamentale per la patologia della fanciulla). Il potere dell'interpretazione cerca supporto nella crudezza oggettivante del nesso esplicativo: l'effetto è brutale.

Dora ha fatto un sogno:

"In una casa c'è un incendio, - mi raccontò Dora. - *Mio padre è in piedi davanti al mio letto e mi sveglia. Mi vesto rapidamente. La mamma vorrebbe ancora salvare il suo scrigno dei gioielli, ma il babbo dice: ‘Non voglio che io e i miei due bambini bruciamo a causa de! tuo scrigno dei gioielli’. Scendiamo in fretta, e appena sono fuori mi sveglio"* (Ivi, p. 353).

Freud ricorda a Dora che il termine «scrigno» è usato nella lingua tedesca anche per indicare il genitale femminile. Dora ribatte «Sapevo che lei avrebbe detto questo». E lui: «Questo significa che Lei lo sapeva». Così la violenza deir interpretazione - la sua volontà di potenza, l’attitudine a scavalcare ogni obiezione riducendola ad un'ulteriore spiegazione - travolge ogni timido tentativo della ragazza di sottrarsi all'ennesima manipolazione della sua interiorità.

Freud non si accorge di quanto l'intrusività della sua foga interpretativa Io renda simile al signor K. Per lui lo scrigno è il genitale di Dora. Come lei stessa confessa, il signor K. le ha realmente regalato uno scrigno. Freud ne deduce che Dora vorrebbe regalare allo spasimante quello scrigno che la moglie gli rifiuta (i loro rapporti sessuali si sono interrotti da tempo); ma che non potendo confessare a se stessa questo desiderio connesso con sensi di colpa infantili, stia coprendo la sua passione per il sig. K. con l'amore per il padre (o per il terapeuta) che appare appunto nel sogno come il salvatore. Ciò è dimostrato da un residuo diurno, il ricordo di Dora di essersi svegliata dopo un breve riposo e di essersi trovata, al risveglio, il signor K. in piedi accanto a lei.

C'è da parte di Freud anche una comprensione più sottile della vicenda della giovane, meno “stereotipata” (Peterfreund 1983), frutto della sua passione narrativa, ma rimane in sordina, nascosta in qualche sfumatura del racconto. Come scienziato, egli assume invece su di sé inconsapevolmente l'arroganza e il narcisismo del pretendente respinto, non può accettare il rifiuto della giovane per le sue interpretazioni che a lei appaiono soltanto come delle insinuazioni, quindi, con quell’espediente paranoide che, sfortunamente, diviene uno dei principi della pratica del sospetto, giudica il rifiuto come una conferma della validità delle interpretazioni respinte. Freud non vuole credere che il desiderio della giovane sia rivolto a qualcos'altro da ciò che Si sa sul desiderio femminile e che, per una coincidenza davvero sospettabile fra il sapere scientifico e l'opinione comune, egli stesso sa. Non si accosta nemmeno al nucleo, al mistero di quell'ineffabile ambivalenza del desiderio che respinge il suo oggetto e che rifiuta di divenire oggetto di appropriazione da parte del sapere o del desiderio dell’altro. Accogliere l’ambivalenza avrebbe significato, per Freud, accettare il vortice deH’alterità nel cuore della teoria, meditare sul *controtranfert* (che definirà come l’insieme delle reazioni inconsce dell’analista alla persona dell’analizzato e al suo transfert). In particolare avrebbe dovuto riflettere sul proprio atteggiamento analitico e sulle aspettative che lo determinavano e mettere in discussione il fondamento scientifico del sapere psicoanalitico. Come Lacan ha scritto nell' *Intenerito sul trasferì* (Lacan 1966, pp. 208-sgg.) il *Caso di Dora* presenta una particolarità suggestiva: nel momento in cui, attraverso il racconto del trattamento della sua paziente, Freud cerca di mettere a punto la sua teoria del transfert, il lettore è portato inevitabilmente a scoprire il controtransfert, che Freud non ha ancora teorizzato ma che, nei suoi interventi durante l’analisi di Dora, è determinante e palese, tanto da costituire uno degli aspetti più stimolanti e complessi del “caso" in questione.

Dora tollera le incalzanti spiegazioni del suo terapeuta, limitandosi a dichiarare insistentemente di non condividerle. Infine, sembra averne abbastanza, e si congeda bruscamente da Freud.

In effetti, il nuovo confidente non ha avuto un atteggiamento diverso da quello degli altri personaggi della squallida vicenda: anche se si è comportato con lei in modo più benevolo e partecipante, tuttavia, come gli altri, ha cercato di convincerla che lei è in fondo responsabile del torto subito. Ma il tentativo non ha retto di fronte all’evidenza delle varie condotte irresponsabili di cui Dora è stata vittima: quella del padre che ha scambiato la figlia con il diritto di poter continuare il rapporto con la signora K.; quella del signor K. che l'ha molestata e l'ha trattata da bugiarda; quella della signora K. che ha tradito la sua fiducia; e, adesso, quella di Freud che ha sacrificato la verità della fanciulla a quella della sua teoria.

La voluttà di Dora, le fantasticherie, le inquietudini, le sensazioni collegate alla sua ricerca sulla "fisiologia dell'amore", ma anche il suo disperato bisogno di sentirsi amata, la protesta contro le violazioni subite, non trovano modo di esprimersi se non per via indiretta e automatica, cioè attraverso i suoi malesseri. Dora deve sfuggire a tutti, Freud compreso; il suo corpo, affinché vi sopravviva il segreto di una sensualità nascente, deve sottrarsi alla vista dell'altro, alla logica dello scambio, allo stereotipo di una femminilità che si dà soltanto come oggetto del desiderio o del sapere altrui. Confinata nel sintomo, la vita affettiva di Dora rimane senza voce e senza prospettiva.

Nell'isteria il sintomo si colora spesso di allusioni erotiche, ma in sostanza il corpo si nega alla comprensione, al contatto, diventa vuoto, semplice scenario di disturbi. Per proteggere il suo segreto Dora deve sottrarsi al narcisismo dei vari protagonisti dell'intreccio familiare.

La vicenda di Dora ha un valore emblematico, riflette la crisi generale della famiglia e dei valori che la sostengono nella nascente economia di mercato. Anche la scienza non è immune dalla logica dello scambio e del tornaconto. Dora è sostituibile nell'affetto di suo padre, può essere scambiata con la signora K.; può essere scambiata con la governante nel desiderio del signor K.; la sua esperienza viene disconosciuta da Freud in cambio di una conferma alla verità della teoria che egli ha creato: Dora in se stessa non significa nulla, è solo l'oggetto di una continua transazione. Frattura definitiva e insanabile fra la ricerca del proprio valore - del significato della propria identità corporea, e del suo segreto, attraverso gli altri, i referenti abituali del mondo degli ideali dell'Io, genitori, adulti importanti e significativi - e il modo in cui gli altri rimandano quel valore, travisandolo nella sostanza, riferendolo cioè a una generica equivalenza degli oggetti di desiderio, a un valore di scambio, oppure all'appartenenza ad uno stereotipo di genere o ad un'immagine codificata e mercificata della seduttività e della prestazione. Secondo questo stereotipo, il corpo femminile non ha contenuto, è solo l'oggetto permutabile del desiderio di qualcun altro. Il suo significato si presta dunque con totale ovvietà a qualunque tipo di scambio simbolico con il valore della merce.

Il corpo isterico si svuota del suo segreto, lo ripone in un luogo inaccessibile e si offre alla vista come una superficie, mera fantasmagoria di rappresentazioni per il desiderio dell'altro. Operazione che, in quella deriva post-moderna dell'isteria che è l'anoressia, si traduce in un'irrevocabile scissione determinata dal disconoscimento del corpo e del suo contenuto, dalla ricerca ossessiva del controllo su di esso e sui suoi bisogni, dalla compulsiva necessità di adeguarsi all’immagine allucinata della perfezione corporea il cui criterio è la magrezza. Alla Salpetrière, Charcot organizzava spettacoli in cui le isteriche eseguivano alla perfezione quelle rappresentazioni sintomatiche che, come ben sapevano, lui si aspettava da loro. Il corpo dell'isterica segue o addirittura anticipa le aspettative e i desideri dell'altro: ma cede all'altro solo l'apparenza, il simulacro di sé e lascia sprofondare in qualche altrove sconosciuto la sostanza della propria interiorità infelice. Ma il senso paradossale della simulazione isterica è che il vero sé nascosto diviene irraggiungibile per il soggetto stesso che si trova infine a riconoscersi soltanto attraverso la presunzione di non essere ciò che di fatto egli è, cioè attraverso una persistente elusione dell’esperienza di sé.

Ai tempi di Charcot l'isteria acquistò la dignità di una “sindrome culturale”

(Devereux, 1972). Fu una malattia diffusa, quasi epidemica, solo per il breve periodo in cui la scienza si occupò di essa, considerandola come la prova delforigine psichica, non organica, di certe patologie mentali. D'altra parte, alla fenomenologia isterica costruita dalla scienza attinsero artisti e scrittori di fine secolo per dar forma al fantasma di una minacciosa, conturbante femminilità: donne vampiro, donne castratrici e assassine, pallidi fantasmi luetici si sono sempre mobilitati nelfimmaginario maschile quando le donne hanno manifestato qualche aspirazione ad una parità tra i generi.

Nonostante i limiti di comprensione e il fallimento terapeutico, il trattamento di Dora ha avuto, come sottolinea Lacan, anche momenti fortunati. Questi momenti sono legati, sempre secondo Lacan, a due rovesciamenti dialettici prodotti dall'interpretazione. Freud appare a Dora un confidente affidabile perché non si dimostra ipocrita come il padre, almeno, aggiungerei, finché non si sforza di usare narcisisticamente Dora come supporto empirico della teoria psicoanalitica. Egli quindi, dice Lacan, «non ha difficoltà a togliere dalla mente della paziente ogni imputazione di compiacenza nei riguardi di tale menzogna», cioè della finzione, deH'ipocrisia sociale che tiene in piedi tutto l'intrigo amoroso tra le due famiglie. Tuttavia Freud ritiene che l'intrigo di cui Dora è vittima non riguardi l'analisi mentre invece per l'analisi è decisivo che cosa Dora «vuole» cambiare nella sua situazione. Ovviamente si tratta di un volere di cui la ragazza stessa non è cosciente e che quindi lascia largo spazio all'immaginazione e all'equivoco terapeutico che è basato proprio su un'attribuzione di intenzioni inconsce.

Dunque, scrive Lacan, Freud opera il primo rovesciamento: «"Guarda, le dice, la parte che hai al disordine che lamenti"», cioè invita Dora a esaminare la parte che lei stessa ha avuto nell'insabbiare tutta la vicenda. «Non soltanto sul silenzio - osserva Lacan - ma grazie alla complicità di Dora stessa, più ancora sotto la sua vigilante protezione, ha potuto durare la finzione che ha consentito che la relazione dei due amanti continuasse». Dora accetta il suggerimento di Freud, e si dichiara partecipe e complice della finzione, di tutto il giro di doni e ricompense che servono a coprire la realtà.

Il secondo rovesciamento dialettico riguarda i tentativi di Dora di costringere il padre ad interrompere la sua relazione con la signora K. Freud interpreta questi tentativi come effetto della gelosia: Dora, che è stata amica e confidente del padre, è innamorata di lui e non accetta di venir rimpiazzata da un'altra donna. Il ritorno dell'amore per il padre sarebbe poi una copertura dell'amore per il signor K. Ma c'è una complicazione in questo schema che Freud introduce con un curioso, anche se studiato e compiaciuto imbarazzo:

Devo ora parlare di un'altra complicazione, a cui certo non dedicherei spazio alcuno se fòssi un artista che deve inventare un simile stato d'animo in un racconto, invece di un medico che ne deve fare la dissezione. L'elemento cui ora alluderemo non può che offuscare e dissolvere la bellezza, la poesia del conflitto che abbiamo dovuto ascrivere a Dora [...] Sotto i pensieri sovravalenti che s'aggiravano intorno alla relazione tra il padre e la signora K. si celava in effetti anche un moto di gelosia il cui oggetto era questa stessa donna; un moto, dunque, che poteva basarsi soltanto sopra un'inclinazione verso il suo stesso sesso [...] Quando Dora parlava della signora K., ne decantava “il candore affascinante del corpo", in un tono piuttosto da innamorata che da rivale sconfìtta (Freud 1905b. pp. 349-3 51).

Su questo percorso Freud non prosegue oltre, pensando di aver raggiunto il capolinea. Lacan vede invece, a partire da questa intuizione, l'opportunità, non afferrata dal Maestro, di un terzo capovolgimento dialettico che ruota attorno al tema dell'oralità sul quale, peraltro, Freud si sofferma a lungo, e che «potrebbe - dice Lacan - rivelarci il valore reale dell'oggetto costituito dalla signora K... per Dora. Cioè non un individuo ma un mistero, il mistero della propria femminilità corporea [...] Già appare alla nostra portata il limite intorno a cui il nostro carro deve svoltare per rovesciare un'ultima volta la sua carriera. Si tratta della più lontana immagine della prima infanzia che Dora sappia raggiungere». Così Freud parla di questa immagine:

Ella ricordava assai bene che da bimba era stata una “ciucciatrice"; anche il padre ricordava di averle fatto perdere tale abitudine, protrattasi fino all'età di quattro o cinque anni. Dora stessa aveva serbato nella sua memoria una chiara immagine ove si vedeva, bambina piccola, seduta per terra in un angolo, ciucciandosi il pollice sinistro mentre con la mano destra tirava il lobo dell'orecchio del fratello che le sedeva placidamente accanto (Ivi, p.342).

Il richiamo all’oralità mette in moto la riflessione di Freud, ma questa si aggira solo all'interno dei circuiti della sua precomprensione teorica; il ricordo di Dora non produce in lui nessuno stupore e nessun insight. La valenza sessuale del ciucciare assorbe tutta l’attenzione del suo ragionamento.

Dunque l'oggetto del desiderio di Dora è una donna, ma il valore di questo desiderio rimane misterioso. Nel ricordo dell'appagamento autoerotico, l'immagine è quella di se stessa, con un maschio che le sedeva accanto, compiacente e inattivo. Dora vuole essere amata ma non vuole coinvolgimenti con la sessualità maschile. Nel loro insieme, questi fatti avrebbero potuto suggerire a Freud un diverso atteggiamento analitico, tale da consentire al segreto di rientrare nel corpo di Dora.

1 rovesciamenti dialettici corrispondono, secondo Lacan, a momenti di sviluppo della verità. Sono i momenti in cui il discorso analitico, non necessariamente l'interpretazione (Freud non interpreta a Dora l'amore per la signora K, ma la lascia parlare della signora K.), riesce a orbitare attorno alla verità, che pur gli rimane nascosta, accogliendo da quella impulsi intermittenti che producono insight credibili, efficaci. Ma perché questi impulsi incidano realmente nella carne del paziente, occorre che il discorso, l'insight e

l'introspezione abbiano la sensualità del rapporto con un interlocutore inerme ma quietamente vicino. E affinché tutto ciò potesse verificarsi, il terapeuta avrebbe dovuto forse, dapprima, accettare il transfert di una figura femminile con la quale si condividono i segreti e la complicità relativi a una ricerca sessuale, e, in seguito, di una figura di in-fante, cioè di un esser privo di parole, sensualmente coinvolto in un istante di sinestesia, di estasi muta e immaginante.

Questa immagine, non elaborata nel controtransfert di Freud, rispecchia la sostanza di quello che egli chiedeva al paziente quando gli suggeriva di abbandonarsi alla libera associazione, cioè di lasciarsi andare ed esprimere, senza censurarlo, tutto quello che gli veniva in mente; e di quello che egli prevedeva dovesse fare l'analista, cioè entrare in uno stato di attenzione fluttuante, quasi simmetrica e sintonica all'attitudine assunta dal paziente. Soprattutto l'immagine diviene calzante nella curvatura che i due concetti hanno assunto nella riflessione psicoanalitica successiva, cosi come appare nel termine bioniano rèverie (Bion 1962, pp. 72-73) per l'attitudine di ascolto del terapeuta, e nel termine winnicottiano ego-relatedness (Winnicott 1965, p. 31), per quanto riguarda quella del paziente (vedi successivamente i capitoli dedicati a questi due autori).

Quest'ultimo concetto definisce «la capacità di essere solo in presenza di qualcuno», espressione con la quale Winnicott, come vedremo, vuole designare lo stato di non-integrazione che il bambino talvolta si consente, soprattutto nel gioco solitario, quando è certo della presenza accanto a lui di qualcuno che tuttavia non interferisce con quello che il bambino sta facendo. Quando la presenza dell'altro è percepita come reale e costante, ma non intrusiva, il bambino si abbandona a istanti intensi di solitudine lasciandosi raggiungere dai diversi stimoli, esterni e interni, senza che questi possano produrre in lui un senso di frammentazione, di perdita della continuità del suo essere. Winnicott vede in questa condizione di solitudine infantile un'evidente analogia e un'anticipazione dell'esperienza estetica negli adulti. E' anche, secondo Winnicott, lo stato mentale che consente al bambino di sperimentare la spontaneità, cioè l'espressione immediata del proprio vero Sé nell'uso degli oggetti che gli si fanno incontro.

L'in-fante fratellino di Dora avrebbe potuto condurre Freud, solo che questi si fosse disposto a riflettere sul controtransfert, un tema sempre marginale nella sua teoria, al cuore del silenzio della «neutralità» analitica e, probabilmente, ad una diversa attenzione per quella «combinazione degli elementi soggettivi di base» della sua paziente che avrebbero potuto richiamargli alla mente gli stessi fondamenti "estetici" della sua esperienza di autoanalisi, cioè l'aver corso, in solitudine, l'estremo rischio del confronto con l'inconscio, il senza-forma, da cui la teoria aveva tratto gli spunti di base e la passione creativa.

Accettare la seduzione di Dora, l'erranza del desiderio isterico e le immagini che quasi casualmente esso abbandonava nella scia della sua ricerca dell'altrove, avrebbe forse voluto dire per Freud ritornare al vortice originario della sua teoria, riattualizzarlo, grazie aH'esperienza psichica della relazione con un altro mondo, quello del cosiddetto "desiderio femminile", un discorso sensoriale cosi complicato e frammentario, che diffìcilmente si sente compreso dalle abbreviazioni prospettiche della logica maschile e gioca sistematicamente ad evocarle per potersi sottrarre a qualunque presa del pensiero sul sentire. Riattualizzare un vortice, recuperandone il potere dissolutivo, la solitudine, lo stato di non integrazione degli elementi estetici di base, la materia dionisiaca dalla quale la teoria psicoanalitica aveva attinto la sua forma apollinea, accettare la mancanza di forma come passione fondante per la fatica di pensare da capo, avrebbe significato per lo scienziato Freud cogliere l'essenza, il potere dirompente del suo stesso pensiero: una vertigine che spesso, proprio i pensatori più originali, a un certo stadio della loro conquista della verità, non sono più in grado di concedersi. Cosi il potere feticistico della teoria, la dipendenza che esso crea, il senso di onnipotenza che deriva dal poter pensare, in modo oggettivo, neutrale, chirurgico, l'esperienza dell'altro, espropria quest'ultimo della differenza che lo rende unico e che rende tale anche rincontro con lui.

Dora impiegò del tempo per credere che il suo interlocutore potesse a tal punto disconoscere di essere animato dalla stessa sua inquietudine che lei aveva percepito nel silenzio di Freud, come complicità, corrispondenza, presenza sensuale, disposta al rischio di condividere con lei il vortice della solitudine in presenza dell'altro.

Tuttavia non credo sia giusto addossare interamente a Freud il fallimento di quella terapia che tutto sommato ci appare piuttosto come il tentativo di mettere a confronto due universi culturali incompatibili o incommensurabili.

Quale, infine, potrebbe essere il segreto che il corpo isterico cerca di sottrarre alla vista dell'altro, attraverso una comunicazione sensuale, seduttiva, tesa a coinvolgere i sensi dell'interlocutore nel presentimento di una profondità, ma rifiutando poi ogni suo tentativo di dare una configurazione mentale al sentimento e di ricondurlo al pensiero? Potremmo dire che se la rigidità di Freud è clamorosa, quella di Dora lo è altrettanto ma nello stile dell'isteria che converte l'ostilità in debolezza dell'Io, l'aggressività o il desiderio in paralisi somatica. L'indebolimento dell'Io, per cui nessuna esperienza può essere contenuta ma deve invece essere esteriorizzata, rappresentata, è comunque una difesa nei confronti di una situazione ambientale folle e ingestibile. Nell'isteria, l'infelicità e il desiderio segreto non trovano altra espressione che una stereotipata esteriorizzazione degli affetti, in modo da custodire l'Io in un'ipnotica astenia e da risparmiargli una rischiosa discesa nella profondità del sentire che riflette su di sé per accostarsi all'essenza del proprio segreto.

Narcisismo e omosessualità.

Freud inizia a ragionare sul tema del narcisismo già nel saggio del 1910 intitolato *Un ricordo d'infànzia di Leonardo da Vinci.* Il suo interesse per le antichità in Italia e in particolare, in questo periodo, per Leonardo, lo portano a ricostruire alcune fasi della sua vita (anche se la ricostruzione appare poi improbabile) e a formulare alcune ipotesi sulla sua presunta omosessualità (anche questo è un dato storicamente non accertabile, invece lo è il disinteresse di Leonardo per la sessualità). Prende in esame un ricordo di infanzia, narrato da Leonardo nei suoi appunti. Questi ricorda che da bambino ebbe una fantasticheria mentre era nella culla: un nibbio si posava sulla sponda e gli infilava ripetutamente la coda nella bocca. Secondo Freud, dato che si parla di culla e che di quell'età non restano in genere tracce nella memoria, si tratta di un ricordo ricostruito e che ha un probabile riferimento ad un atto omosessuale di tipo passivo o al ciucciare il seno materno. Freud, basandosi su dati del tutto inattendibili sulla prima infanzia di Leonardo, racconta che fino a tre anni fu abbandonato dal padre e che quindi sviluppò un rapporto molto stretto ed esclusivo con la madre, la quale lo trattò come sostituto maschile del marito perduto. Pensava di aver trovato una conferma a questa tesi nella scena descritta dal ricordo prima citato, conferma che tuttavia si basa su un errore nella traduzione tedesca del ricordo stesso, della quale Freud disponeva: questa infatti traduce la parola italiana nibbio con il termine tedesco *Geier* che significa avvoltoio. Ora. secondo Freud, che sembra influenzato da Jung in questa amplificazione del significato simbolico del pennuto in questione, l'avvoltoio in Egitto era il geroglifico della madre, la dea Mut (che ricorda il temiine tedesco Mutter, madre), aveva la testa di avvoltoio e un organo maschile. Il riferimento alla divinità femminile fallica è collegato al fatto che, nelle teorie sessuali infantili, tutti sono dotati di un pene, anche le donne, quindi anche la mamma. Il bambino che sviluppa un'intensa ammirazione per la propria appendice, è curioso di confrontarla con quella degli altri e solo tardivamente scopre, con orrore, che le donne ne sono prive e vive questa scoperta con l'angoscia che anche a lui possa capitare di essere castrato.

L'ardore delle carezze, cui accenna la sua fantasia deH'avvoltoio, era anche troppo naturale: la povera madre abbandonata effondeva neH'amore matenio il ricordo delle tenerezze perdute e la nostalgia di nuove tenerezze; ed era portata a far ciò non solo per compensare il fatto di non avere un marito, ma anche per compensare il bambino di non avere un padre che lo accarezzasse. Cosi, come tutte le madri insoddisfatte, collocò il figlioletto al posto del marito e, provocando una troppo precoce maturazione del suo erotismo, lo spogliò di parte della sua virilità (Freud 1910b, p. 257)

In questo modo furono create le premesse per l'omosessualità di Leonardo. Infatti, secondo Freud, è esperienza comune di tutti gli omosessuali l'aver avuto durante l'infanzia un rapporto erotico molto intenso con la madre, sollecitato da questa, e più tardi sostenuto dal fatto che il padre assume una posizione di secondo piano nella vita del bambino. Vediamo cosa succede in seguito:

il ragazzo rimuove l'amore verso la madre ponendo se stesso al suo posto, identificandosi con la madre e prendendo a modello la propria persona, a somiglianza della quale sceglie i suoi nuovi oggetti d'amore. E' cosi diventato omosessuale; in verità è di nuovo scivolato neH'autoerotismo, giacché i ragazzi che egli, adolescente, ora ama non sono che sostituti e repliche della sua stessa persona infantile, da lui amata come sua madre lo amò bambino. Diciamo che egli trova i suoi oggetti d'amore sulla via del narcisismo, poiché la leggenda greca parla di un giovane. Narciso, cui nulla piaceva tanto quanto la propria immagine riflessa e che venne trasformato nel bel fiore che porta questo nome (Ivi, p. 244).

Appare qui per la prima volta il concetto di narcisismo, collegato al l'omosessualità. Freud afferma poi che la passione per la scienza e le capacità artistiche di Leonardo sono il frutto di una sublimazione delle sue pulsioni sessuali. Inoltre ipotizza che una fase di libido narcisistica possa essere collocata tra il periodo deH'autoerotismo e quello dell'amore oggettuale. Cioè nel momento in cui le pulsioni sessuali stanno unificandosi sotto l'organizzazione genitale che prelude alla scelta dell'oggetto d'amore, il soggetto assume anzitutto se stesso, il proprio corpo e il proprio genitale (naturalmente maschile), come oggetti d'amore, prima di passare a scegliere qualcun altro.

Che tale fase di transizione venga attraversata tra l'autoerotismo e la scelta oggettuale - scriverà Freud nel saggio di cui parliamo subito dopo e nel quale spiega ulteriormente il nesso tra narcisismo e omosessualità - è probabilmente inevitabile nella normalità dei casi; sembra, però, che molte persone vi si trattengano per un periodo insolitamente lungo e che in esse persistano molti tratti di questa fase nei momenti successivi del loro sviluppo. In questa assunzione di sé a oggetto d'amore la funzione degli organi genitali può già risultare prevalente. La via ulteriore seguita dallo sviluppo porta alla scelta di un oggetto dotato di organi genitali simili ai propri, dunque alla scelta oggettuale omosessuale e, attraverso questa, alla eterosessualità. Noi supponiamo che coloro che in seguito diventeranno omosessuali manifesti non siano riusciti a liberarsi dall'esigenza che l'oggetto d'amore sia dotato di genitali eguali ai propri, e a questo proposito un considerevole influsso va ascritto alle teorie sessuali infantili che inizialmente attribuiscono ai due sessi gli stessi organi genitali (Freud 1910c, pp. 386-387).

In seguito, nello sviluppo eterosessuale, le tendenze omosessuali non scompaiono del tutto, ma combinandosi con le *pulsioni dell 'Io* (che, ricordiamo, sono le pulsioni di autoconservazione), si trasformano in amicizia, cameratismo e nell'amore per il prossimo in generale.

Narcisismo e delirio

Un altro scritto importante per l'evoluzione del concetto di narcisismo è intitolato *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)* (1910c). Anche in questo caso si tratta di un'interpretazione condotta su un testo, precisamente una memoria autobiografica di Daniel Paul Schreber, noto giurista della Sassonia, e figlio di Daniel Gottlob Moritz Schreber, medico ortopedico ancor più noto del figlio perché aveva scritto diversi saggi sulla riforma dei sistemi educativi, che applicava anche ai figli con uno stile duramente ortopedico. Nel 1884 Daniel Paul Schreber si presenta come candidato al *Reichstag* ma non viene eletto. Dopo poco comincia a soffrire di deliri ipocondriaci e viene ricoverato in ospedale a Lipsia. Dopo alcune settimane viene dimesso. Nel 1893 viene nominato giudice supremo della corte di Sassonia, ma subito dopo il suo stato di salute mentale precipita e viene di nuovo ricoverato nella clinica di Lipsia dove rimane fino al 1902. Pubblica nel 1903 *Memorie di un malato di nervi,* scritte al fine di essere dimesso dall'ospedale psichiatrico. Le *memorie* sono una fedele descrizione dei suoi grandiosi deliri, vissuti tra enormi sofferenze. Muore nel 1911. I suoi deliri, le sue allucinazioni, le sue terribili sofferenze fisiche, sono collegati al fatto che egli crede di avere una missione messianica che comporta la trasformazione del suo corpo in un corpo femminile. Elabora una complessa cosmologia e immagina che Dio e il dott. Flechsig, che è stato il suo psichiatra, vogliano sodomizzarlo. Flechsig viene definito da Schreber come l'assassino della sua anima. Sente che i propri nervi sono direttamente collegati a Dio che sta operando in lui il cambiamento di sesso. Parla con Dio, con i diavoli, con il sole.

Nella sua interpretazione delle memorie di Schreber Freud trascura un fatto fondamentale: come alcuni autori contemporanei hanno dimostrato (tra i quali Schatzman e Kaplan), i testi del padre di Schreber e i violenti metodi educativi da lui applicati ai figli, danno ampia spiegazione dei deliri del dott. Schreber, che a volte richiamano alla lettera i tormenti fisici e morali subiti dall'educazione paterna. Comunque l'intenzione di Freud è rivoluzionaria: egli pensa infatti (incoraggiato in questa posizione dalle ricerche di Jung e Ferenczi), contrariamente all'opinione corrente, che le produzioni deliranti e allucinatorie degli psicotici abbiano un senso. Freud ritiene che Dio rappresenti in realtà per Schreber la figura di suo padre e il dott. Flechsig probabilmente quella del fratello e spiega la formazione del delirio attraverso un meccanismo che gli appare come quello tipico della paranoia che si appoggia su alcune altre difese che l'autore ha individuato oltre alla rimozione e cioè sul *rivolgimento nel contrario* e sulla *proiezione.* Nascosto dall'odio di Schreber per queste figure, vi sarebbe in realtà un amore omosessuale inconfessabile, trasformato nel contrario, cioè appunto in odio. Nel paranoico il nucleo del conflitto è la fantasia-desiderio omosessuale *di amare un uomo.* Ma la dichiarazione inaccettabile "lo amo" o "lo desidero", viene capovolta in quella "lo odio". Poi interviene un meccanismo di proiezione dell'odio sull'altro, per cui alla fine il paranoico si convince che sia l'altro ad odiarlo e perseguitarlo e può dire a se stesso: "io lo odio perché lui mi odia".

I paranoici, secondo Freud, sono particolarmente esposti a fenomeni di regressione e fissazione alla fase narcisistica dello sviluppo, a volte a causa di eventi come un fallimento amoroso eterosessuale o un fallimento nelle relazioni sociali con uomini. Anche la gelosia morbosa è spesso il segno di questo tipo di regressione. Avendo distolto il loro amore dagli altri e dal mondo, i paranoici vivono una sorta di catastrofe interiore che proiettano sul mondo stesso, percependone la fine imminente. Dato che rifiutano il mondo, disinvestendolo di qualunque interesse e percependone la rovina, iniziano una *ricostruzione* interiore delirante del mondo stesso, priva ovviamente dei dati oggettivi del mondo reale che essi rifiutano. E questa ricostruzione narcisistica e delirante delinea un mondo doloroso ma nel quale, contrariamente a quello reale, è possibile comunque per il paranoico sopravvivere perché ne conosce tutti i significati. Quindi *«la formazione delirante che noi consideriamo come il prodotto della malattia, costituisce in verità il tentativo di guarigione, la ricostruzione»* (voi. 6, p. 396). Questa importantissima conclusione di Freud spiega perché i deliri psicotici siano talmente strutturati da risultare a volte inaccessibili a qualunque tentativo di sostituirli con altre ragioni e una diversa visione del mondo, cioè perché resistano ad ogni tentativo di cura: come tante altre formazioni patologiche, i deliri infatti sono già un tentativo di autoterapia.

Introduzione al narcisismo

Freud riassume i concetti sul narcisismo già esposti nei precedenti saggi in un'opera del 1914 dedicata appositamente al tema: *Introduzione al narcisismo.*

Qui Freud indica come *narcisismo primario* la fase che abbiamo precedentemente descritta come naturale passaggio dall'autoerotismo all'organizzazione delle pulsioni sotto il dominio della genitalità. Si tratta di una fase temporalmente non situabile, ma comunque collegata, evidentemente, alla costruzione di un Io del soggetto. Essa prelude agli investimenti oggettuali esterni e all'amore oggettuale per un'altra persona, quindi il suo inizio dovrebbe collocarsi tra rautocrotismo e la costruzione del complesso edipico ma dovrebbe prolungarsi fino alla scelta oggettuale vera e propria dell'adolescenza. Per *narcisismo secondario* Freud intende invece un ritorno all'investimento libidico su di sé a causa di un disinvestimento libidico del mondo, come accade nelle psicosi. Il ritorno della libido su di sé sarebbe allora il meccanismo energetico che permette la sostituzione del mondo reale con quello ricostruito attraverso le proprie fantasie deliranti e allucinatorie. Nasce dunque il concetto di libido investita sull'Io che Freud chiama *libido dell 'Io,* concetto che mantiene distinto da quello di pulsione dell'Io, cioè la pulsione di sopravvivenza, creando non poche complicazioni teoriche per la coerenza della teoria della libido, dato che quest'ultima è per definizione rivolta ad un oggetto esterno.

Alle dinamiche narcisistiche appartiene anche la costruzione di un *Io ideale* (che successivamente verrà chiamato *ideale dell'Io),* cioè quell'Io che il bambino ritiene più adatto, del proprio io imperfetto, alle aspettative del mondo esterno e che cercherà di realizzare attraverso processi di identificazione con soggetti che gli sembrano adeguati a rappresentarlo. Un residuo positivo di narcisismo rimane anche in quello che chiamiamo "amor proprio" e nell'amore di sé. Aspetti narcisistici condizionano anche l'amore dei genitori per i propri figli, quando questo amore è impregnato di aspettative sul figlio che in realtà hanno a che fare con il desiderio dei genitori che egli realizzi aspetti che in loro non si sono realizzati.

Negli scritti successivi di Freud la distinzione tra narcisismo primario e secondario si complica. Dopo l'elaborazione della seconda teoria dell'apparato mentale (vedi dopo), Freud tenderà a definire come narcisismo primario uno stato di indifferenziazione psichica il cui modello è la vita intrauterina, stato nel quale vi è totale confusione tra mondo esterno ed interno e che si prolunga per tutto il periodo dell'autoerotismo. Questa concezione di un periodo di vita inoggettuale è stata poi contraddetta dalle teorie e dalle ricerche sperimentali sulle primitive relazioni d'oggetto dei bambini nei primi tre anni di vita. Sparisce dunque l'idea di una fase normale di investimento oggettuale narcisistico mentre permarrà la definizione di narcisismo secondario come forma di libido dell'Io che comporti fenomeni di disinvestimento oggettuale, e quindi come una forma potenzialmente patologica.

La melanconia

In *Lalto e melanconia* del 1917 Freud esamina i meccanismi eziologici della melanconia ovverosia della depressione. Pone innanzitutto un parallelo fra la condizione melanconica e quella del lutto. Le due condizioni si somigliano:

[...] il lutto è invariabilmente la reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto, la patria ad esempio, o la libertà, o un ideale o così via. La stessa situazione produce in alcuni individui - nei quali sospettiamo perciò la presenza di una disposizione patologica - la melanconia invece del lutto (Freud 1917, pp. 102-103).

Il lutto è un periodo necessario di dolore dopo la perdita, durante il quale spesso ci distacchiamo dal mondo e cerchiamo tracce di sopravvivenza della persona perduta. Quando il lutto finisce, torniamo allo stato d'animo abituale: il lutto è stato in qualche modo elaborato e la perdita è stata accettata.

La melanconia può essere in un certo senso considerata un lutto senza fine e senza elaborazione. Profondo e doloroso scoramento, disinteresse per il mondo, perdita della capacità di amare, arresto di qualunque attività ma anche «avvilimento del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione» *(ibidem).* Nel lutto invece questo avvilimento del sentimento di sé, il disprezzo e l'odio per se stessi, non compaiono. Su questa differenza Freud costruisce la sua ipotesi: è come se nel malinconico si verificasse una scissione dell'Io per cui una parte di esso, che potremmo considerare come una sorta di coscienza morale o di Io Ideale, si rivolge contro l'altra parte dell'Io, quella che soffre, punendola, biasimandola, attaccandola violentemente, fino anche al suicidio del soggetto. Tutto ciò fa pensare che l'oggetto perduto, che spesso non ha nemmeno una realtà o un'esistenza tangibile, ma produce comunque il sentimento della perdita, sia proprio l'Io del melanconico. Ciò potrebbe succedere perché questo lo si è identificato narcisisticamente con una persona per cui si è provato un sentimento ambivalente, sia amore che odio, mentre l'altra parte dell'Io regredisce fino allo stadio del sadismo. In sostanza è l'odio rimosso per qualcun altro, sia questi l'oggetto perduto o no, a determinare gli autorimproveri, l'autoaggressività ma anche l'irritabilità dei melanconici che sono individui molesti che si vittimizzano come se gli altri fossero in qualche modo responsabili di qualche ingiustizia nei loro confronti. E' ipotizzabile che l'inizio di tutto il processo sia dovuto ad una forte mortificazione o delusione subita da parte di una persona amata e che magari un abbandono subito di recente o una qualunque delusione riaprano la passata ferita.

La pulsione di morte

A dire di Freud l'idea dell'esistenza autonoma di una pulsione di morte negli individui, idea che non venne mai del tutto accettata da collaboratori e allievi, ebbe fin dall'inizio un carattere più speculativo che funzionale al completamento del quadro teorico della psicoanalisi. In *Al di là del principio di piacere* (1920), l'opera in cui Freud affronta il tema per la prima volta, la pulsione di morte è concepita come la tendenza naturale di tutti gli esseri viventi a ritornare allo stato inorganico. La libido, che si oppone a questa tendenza autodissolutiva, la devia verso l'esterno e la pulsione di morte diviene allora pulsione distruttiva. Sul piano clinico, una pulsione di morte autonoma può spiegare alcuni fenomeni, tra i quali il sadismo e la *coazione a ripetere.* Questo fenomeno coincide con quella particolare forma di resistenza al trattamento psicoanalitico per la quale, anche quando la resistenza e il materiale rimosso siano stati portati allo scoperto dal terapeuta, il paziente mantiene la tendenza a *«ripetere* il contenuto rimosso nella forma di un'esperienza attuale, anziché, come vorrebbe il medico, a *ricordarlo* come parte del proprio passato. Queste riproduzioni, che si presentano con una fedeltà indesiderata, hanno sempre come oggetto una parte della vita sessuale infantile, ossia del complesso edipico e dei suoi esiti; e hanno invariabilmente luogo nella sfera della traslazione, vale a dire del rapporto col medico. Se il trattamento ha raggiunto questo stadio, si può dire che la vecchia nevrosi è stata sostituita da una nevrosi nuova, da una "nevrosi di traslazione"» (Freud 1920, p. 204). Quest'ultima, come Freud aveva sostenuto nel 1914 in *Ricordare, ripetere e rielaborare,* consente al terapeuta un lavoro più diretto e accurato sulle resistenze e i contenuti inconsci emersi attraverso il transfert, quindi è un passaggio verso la risoluzione dei sintomi. «Ma - si chiede Freud - qual è la relazione che esiste fra la coazione a ripetere - in cui si esprime la forza del rimosso - e il principio di piacere?». E cosi risponde

> [...] il fatto nuovo e singolare che a questo punto ci tocca illustrare è che la coazione a ripetere richiama in vita anche esperienze passate che escludono qualsiasi possibilità di piacere, esperienze che non possono aver procurato un soddisfacimento neanche in passato, nemmeno a moti pulsionali che da quel momento in avanti sono stati rimossi (Freud 1920, p. 206)

Freud cita ad esempio il senso di essere stati disprezzati da bambini in coincidenza con le prime punizioni, di aver perso l'amore dei genitori quando i desideri infantili non erano più compatibili con l'età, di essere stati traditi in occasione della nascita di un fratello. «I nevrotici ripetono dunque, nella traslazione, tutte queste situazioni indesiderate e questi dolorosi stati affettivi facendoli rivivere con grande abilità» (Ivi, p. 207). La coazione a ripetere si manifesta anche al di fuori del transfert. Ci sono ad esempio persone «le cui relazioni umane si concludono tutte nello stesso modo» (Ivi, p. 208). Un altro esempio sono i sogni traumatici.

Inoltre Freud considera manifestazioni della pulsione di morte il senso di colpa dei nevrotici e la *reazione terapeutica negativa.* Questa consiste nel fatto che, come accade in alcuni pazienti, dopo un bilancio positivo fatto dal terapeuta del percorso analitico svolto, o dopo un evidente miglioramento, questi pazienti peggiorano, come se non volessero guarire.

Infine la pulsione di morte è aH'origine di quel moto regressivo che fa desiderare all'individuo di ritornare allo «stato del Nirvana» sperimentato durante la vita nel ventre materno.

Il modello strutturale dell'apparato psichico

Gli sviluppi teorici della psicoanalisi successivi alla definizione del modello topografico dell'apparato psichico (Conscio-Preconscio-Inconscio) hanno determinato la necessità di una sua modifica. 11 modello che adesso Freud propone nell'opera *L Io e lEs* (1922b) è quello di Es — lo - Super-io *(Es* è un termine tedesco che significa "quello", "quella cosa". Viene anche tradotto a volte col termine latino "Id"). La ragione è innanzitutto quella che una parte dell'Io del soggetto, che fino ad allora è stato considerato come coincidente con il Conscio e il Preconscio, risulta essere di fatto inconscia. Infatti la rimozione e gli altri meccanismi di difesa che Freud ha individuato, sono quasi sempre inconsci e purtuttavia sono strumenti usati dall'Io per proteggersi dalle pulsioni inconsce. Se ne deduce che L'Io è in parte inconscio. Inoltre Freud ha individuato in Lutto e Melanconia quel meccanismo dell'autocolpevolizzazione per cui una parte dell'Io diviene giudice implacabile dell'altra parte dell'Io, quella che si è identificata con l'oggetto perduto. Anche questo Io che accusa e provoca sensi di colpa agisce spesso senza che il soggetto ne sia consapevole, quindi si tratta anche in questo caso di una parte inconscia dell'Io. Cade allora sia l'assunto tradizionale della psicoanalisi secondo il quale le nevrosi deriverebbero da un conflitto tra conscio e inconscio, sia quello che l'inconscio coincida con il rimosso: anche una grande porzione dell'Io è inconscia. Che l''lo rappresenti la ragione, la capacità di decidere e sia il rappresentante del principio di realtà e che l'Es sia il luogo delle passioni, può essere una semplificazione di massima che può servire a distinguere le due istanze, ma di fatto la situazione è più complessa. Freud ritiene che l'Io nasca nel momento in cui l'Es, l'inconscio, entra in contatto con la realtà esterna: su questa superfìcie di contatto nasce l'Io che mantiene quindi profonde radici nell'Es. L'Io media dunque tra le pulsioni e le richieste della realtà ed è innanzitutto un Io corporeo, fatto di sensazioni. D'altra parte la sua autonomia rispetto all'Es può essere espressa dal confronto con una metafora equestre. Se paragoniamo l'Io al cavaliere e l'Es al cavallo, vediamo che mentre il cavaliere doma il cavallo con mezzi propri, l'Io domina l'Es con mezzi presi a prestito da quest'ultimo. Inoltre «come il cavaliere, se non vuole essere disarcionato dal suo cavallo, è costretto spesso a ubbidirgli e a portarlo dove vuole, cosi anche l'Io ha l'abitudine di trasformare in azione la volontà dell'Es come se si trattasse della volontà propria» (Freud 1922b, p. 488).

Inoltre l'Io si trova a fare i conti con un'altra istanza, il Super-io, che potremmo definire come una istanza morale anch'essa in parte inconscia, che produce sensi di colpa, detta norme e regole di comportamento e diviene punitiva quando queste norme interiorizzate non vengono seguite. Il Super-io può dunque essere un giudice implacabile dei comportamenti del soggetto ma è anche colui che ne determina i principi etici. Inoltre coincide con il Super- io anche l'ideale dell'Io, cioè quell'istanza che si impone come modello per l'identità del soggetto con la quale egli continuamente si confronta perché rappresenta la realizzazione di tutte le sue migliori attitudini.

Freud sostiene che il Super-io si forma dal complesso edipico, anzi, sulle rovine del complesso edipico, quando termina il rapporto incestuoso e inizia la fase di latenza. Allora il bambino inizia ad identificarsi con i genitori, in particolare con il padre, con i suoi comportamenti, le sue credenze, i suoi valori. 11 padre è il principale portatore del Super-io. Con la minaccia di castrazione e poi divenendo il modello privilegiato dell'ideale dell'Io del bambino, il padre stimola quest'ultimo a superare il coinvolgimento con la madre e a procedere nello sviluppo delle funzioni psichiche connesse al principio di realtà.

Il bambino costruisce il proprio Super-io non solo identificandosi con i genitori, che diventano parte del suo ideale dell'Io, ma, come Freud spiegherà meglio nella *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)* (1932), introiettando il Super-io degli stessi genitori:

> Cosi, in realtà, il Super-io del bambino non viene costruito secondo il modello dei genitori, ma su quello del loro Super-io; si riempie dello stesso contenuto, diventa il veicolo della tradizione, di tutti i giudizi di valore imperituri che per questa via si sono trasmessi di generazione in generazione (Freud 1932, p. 179).

Riassumendo, al Super-io sono attribuiti l'autosservazione, la coscienza morale e la funzione di ideale.

Per quanto riguarda il rapporto tra ideale dell'Io e Super-io, spesso si configura in questo modo: mentre il bambino cerca di realizzare l'ideale dell'Io, il Super-io glielo presenta come irraggiungibile, come se dicesse al bambino: "è così che dovresti essere (come i tuoi genitori o come i tuoi genitori vorrebbero che tu fossi) ma non riuscirai mai ad esserlo". L'azione del Super-io sadico può esercitarsi in questo caso attraverso un senso di colpa inconscio che si manifesta quando l'individuo sta realizzandosi nella vita secondo l'ideale dell'Io.

La posizione deH'Io, aH'interno delle dinamiche tra le varie istanze, diviene dunque assai precaria. L'Io si trova a dover mediare le richieste delle altre due istanze intrapsichiche, in conflitto tra loro, perché il Super-io, che rappresenta un'istanza morale a carattere sociale, è ovviamente ostile alle richieste pulsionali dell'Es. L'Io deve anche confrontarsi con le richieste della realtà esterna. E' ovvio che a questo punto Freud ritenga compito principale dell'analisi il sostegno dell'Io.

La teorizzazione freudiana del Super-io e dell'ideale dell'Io è il prodotto di una riflessione condotta in chiave maschile. La costruzione del Super-io sulla rovina del complesso edipico e a seguito dell'angoscia di castrazione, l'acquisizione del codice morale e delle norme attraverso la mediazione dell'autorità patema, il confronto con l'ideale dell'Io rappresentato dal padre, sono fenomeni che riguardano il figlio maschio. La figlia segue un altro percorso evolutivo: non soffre dell'angoscia di castrazione perché è già castrata, quindi soffre, semmai, di una mancanza irreparabile e di una perenne identificazione con il corpo mancante della madre, che poi rifiuta. Perciò il Super-io femminile, non avendo l'opportunità di svilupparsi a seguito della minaccia di evirazione e della fine del complesso edipico - che nella femmina perniane insieme ad un inscindibile legame preedipico con la madre - resta incompleto, debole, venato del sentimentalismo che si alimenta dell'inseparabilità dalla madre e dell'interminabile amore per il padre.

La relazione edipica della figlia con il genitore è caratterizzata dal desiderio per il genitale che lui possiede e a lei manca e da quello di avere un figlio come sostituto del pene mancante, mentre la sua relazione con l'altro sesso sarà sempre vissuta all'insegna dell'invidia del pene. La ricerca del fallo mancante caratterizza dunque il narcisismo femminile che spesso si esprime in atteggiamenti di rivalsa, come ad esempio il farsi desiderare senza concedersi, amare l'altro molto meno di quanto la donna desideri essere amata da lui.

Con questa teoria Freud mette in atto una doppia proiezione sul genere femminile, in accordo con la cultura del suo tempo: primo, consacra la femminilità come ricettacolo della mancanza, nel senso che la donna è sia la portatrice naturale della mancanza, che assume una connotazione biologica e anatomica, sia il significante di essa; secondo, la mancanza viene denotata e significata come mancanza del fallo. In sostanza Freud non fa altro che formalizzare e ribadire l'implicito della cultura del suo tempo in una teoria che, in forza di questa esplicitazione, assume una funzione cogente nel determinare la percezione e la rappresentazione della mancanza: quest'ultima verrà sempre percepita come assenza del fallo che diventerà il significante assoluto dell'oggetto, determinato o indeterminato, del sentimento della mancanza. Nel significante fallico si raccoglieranno tutte le valenze simboliche del pieno e del vuoto: di ciò che visibilmente si impone come emblema di completezza, esaustività, potere, assertività e di ciò che invisibilmente evoca il desiderio senza oggetto. Il qui e l'altrove si condensano nel simbolo fallico.

Tuttavia, anche nella teoria freudiana, come nei presentimenti della cultura da cui quella trae ispirazione, la femminilità mantiene un residuo di indeterminatezza, percepito con qualche inquietudine dall'occhio che la scruta: che cosa vuole veramente la donna?, si chiede Freud, che ha avuto senza dubbio il merito di scorgere sullo sfondo della femminilità il profondo e insondabile vincolo che unisce madre e figlia. Il legame preedipico con la madre verrà riattualizzato in diverse occasioni della vita futura della figlia, prima fra tutte il divenir madre a sua volta.

L’ angoscia e i meccanismi di difesa

Nelle prime riflessioni sul tema dell’angoscia, che è la sofferenza più tipica delle nevrosi, Freud arriva a due conclusioni: prima, che l’angoscia trae origine da un’eccitazione sessuale che viene bloccata; seconda, che l'angoscia è il prodotto principale della rimozione. In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926), egli ribalta queste tesi: è l'angoscia a produrre la rimozione e altri meccanismi di difesa. Questo si spiega col fatto che l’angoscia agisce da segnale della presenza di pericoli esterni o interni che minacciano l’Io. Pulsioni devastanti o rappresentazioni inammissibili che costituiscono minacce dell’Es per l’Io, producono il segnale di angoscia in seguito al quale la parte inconscia dell'Io mobilita difese adeguate: *rimozione, annullamento retroattivo, isolamento dell affetto* sono tipici meccanismi innescati dall'angoscia (questi meccanismi verranno spiegati nel capitolo su Anna Freud). Inoltre ogni fase dello sviluppo mentale è caratterizzata da un’angoscia specifica: al trauma della nascita, prototipo di tutte le angosce, seguono l’angoscia di separazione, la paura di perdere l’amore, poi l’angoscia di castrazione, il sentimento di colpa, la paura della morte.

Il disconoscimento

L’orrore per il genitale femminile è un tema narrativo centrale per la riflessione freudiana sul feticismo. Questa patologia affascina Freud tanto da divenire il paradigma della sua interpretazione delle perversioni e da suggerirgli la teorizzazione di un meccanismo difensivo, quello della *Ich-Spaltung* (scissione dell’Io), che ha un valore fondamentale per l’evoluzione successiva del pensiero psicoanalitico. Curioso è il fatto che, come base esplicativa di questa importante teoria, Freud presupponga il verificarsi di un evento improbabile, soprattutto se assunto nella sua oggettiva valenza eziologica e nella sua universalità: evento che, per noi lettori tardo-moderni, assume quasi il sapore di una novella di altri tempi, oltre che quello di una metafora feconda di sviluppi teorici.

Un giorno capita al bambino, anzi alla gran parte dei bambini, di aprire improvvisamente la porta della camera dei genitori e di sorprendere la madre nuda. Al posto di quello che egli considera l’emblema tangibile della propria identità e dell’identità di qualunque corpo, cioè al posto del pene, il bambino vede nel corpo materno qualcosa che egli istintivamente interpreta come una mancanza, una mutilazione oscena, come il segno di un evento orribile e angoscioso che potrebbe capitare anche a lui.

Tuttavia il bambino reagisce all’improvvisa apparizione della minaccia cancellando dalla sua mente la percezione, o meglio, la rappresentazione della mancanza, fa come se quello che ha visto non fosse reale e immagina un pene al posto del genitale femminile. Sostituisce il vuoto con un pieno, la minaccia di castrazione con una pienezza garantita, con un'identità certa. Il fallo (materno) serve dunque a negare la realtà in quanto caratterizzata dalla mancanza, dal vuoto, dalla minaccia di castrazione.

Il bambino, dice Freud che è l’autore di questo racconto, riesce, col suo atto di disconoscimento *(Verleugnung*, traducibile anche con rinnegamento o diniego) della realtà, ad evitare l’angoscia della castrazione. L'identità narcisistica del bambino è costruita attorno all’immagine del fallo, cioè attorno alla rappresentazione fantasmatica della pienezza. Una realtà cava, vuota, mancante, sarebbe una minaccia per la sua stessa identità. La «teoria sessuale infantile», secondo la quale tutti i corpi hanno un fallo, verrebbe dolorosamente smentita dalla realtà di corpi modellati attorno ad un vuoto (Freud 1908c, p. 456). L'altro corpo, quello che non coincide con la teoria sessuale su cui il bambino si basa per formare la propria identità, è per lui inammissibile. Cosi non gli resta che cambiare la realtà, di cui i vuoti sono parte essenziale, e costruirsi una realtà fittizia, piena e senza mancanze, in accordo con le sue esigenze narcisistiche.

Il *rinnegamento della realtà* (della mancanza) è nel bambino un atto fisiologico, necessario alla strutturazione dell’identità; non lo è invece nell’adulto, nel quale esso produce una complicazione, \\ *feticismo.*

Secondo la metafora freudiana, il feticcio in origine non è altro che il surrogato del pene della donna, il sostituto di qualcosa che non c'è ma che ci dovrebbe essere secondo la «teoria sessuale infantile» della realtà senza vuoti. Lo sguardo stupefatto del bambino, prima di spiare il genitale della madre, corre lungo il suo corpo, a partire presumibilmente dai piedi, dalle scarpe o da qualche indumento che la donna non si è ancora tolto. Questo elemento, dice Freud, rimane nella memoria del fanciullo come ultimo ricordo prima dell'evento traumatico, costituito dall'apparizione del genitale femminile. Il rinnegamento della realtà minacciosa si aggrappa, per cosi dire, a quest'ultimo ricordo. L'elemento, piede, scarpa, indumento che sia, visto un attimo prima del genitale materno, viene preso come allusione a quel pene che ancora il bambino si aspetta di vedere. Il ricordo si è fermato li, il feticcio sta per quel pene che avrebbe dovuto esserci ma che poi non c'era, sta come negazione della realtà mancante, come affermazione di un pieno inesistente al posto del vuoto effettivo.

Il feticcio è dunque l'effetto di un'allucinazione che dipinge una realtà priva di vuoti e mancanze, di minacciose ambiguità ed è un rinforzo narcisistico fondamentale. Non è forse un caso che, proprio nel momento in cui l'industria si dedica alla produzione di massa di beni di consumo, si assista a un fiorire di scritti sulla psicologia del feticismo. Questa patologia viene inquadrata nelle cosiddette perversioni sessuali a cui gli psicopatologi di fine Ottocento dedicano un'attenzione particolare. Come ricorda Freud - nel primo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* - nel 1888 Binet aveva già pubblicato uno studio monografico su questa particolare perversione.

Nel suo scritto del 1927 intitolato *Feticismo,* Freud mostra come questa patologia sia caratterizzata da un curioso paradosso: il rinnegamento della rappresentazione del genitale materno convive con l'atteggiamento opposto, cioè con il riconoscimento della castrazione. La coesistenza di «percezioni» opposte è connessa ad una *Ich-Spaltung,* una scissione dell'Io: questi disconosce da una parte ciò che dall'altra riconosce. L'assenza del pene nella donna viene simultaneamente riconosciuta e rinnegata. Si trovano cosi a convivere nell'Io due distinte e opposte consapevolezze che non interferiscono l'una con l'altra.

La personalità scissa che caratterizza il feticismo ma anche, più in generale, tutte le perversioni, si comporta come se allo stesso tempo sapesse e non sapesse. La realtà viene negata e riconosciuta; anzi, vi è una sorta di simultaneità dei due atteggiamenti che, pur escludendosi reciprocamente, vivono l'uno in forza dell'altro. Il rinnegamento della realtà, cioè, si alimenta del fatto che si è riconosciuto in essa qualcosa di cui non si vuole sapere assolutamente niente, e la rappresentazione di questo qualcosa viene sostituita con un surrogato. Il surrogato rinnega qualcosa ma al tempo stesso lo presuppone e lo sottintende.

Nel feticismo, così come è descritto da Freud, ciò che viene escluso dalla consapevolezza per essere rimpiazzato è proprio il vuoto, la mancanza, quell'aspetto del reale che non è compatibile con il progetto narcisistico che esigerebbe dal mondo una piena corrispondenza con le proprie aspettative. Se il fallo è l'emblema narcisistico della consistenza del sé. un mondo privo della visibilità del fallo, un mondo pieno di vuoti e di mancanze, un mondo che non sia specchio dell'identità narcisistica, o che non sia oggetto di alimento per la pulsione orale, è incompatibile con quell'identità perché rappresenta per essa una minaccia di annientamento.

Così, laddove il fallo sia stato minacciato e negato dalla realtà e appaia il rischio della castrazione, il feticista nega la realtà e pone al suo posto il feticcio. Questo è caratterizzato, secondo Freud, dalla disponibilità, accessibilità, comodità della rassicurazione che fornisce: è il segno della vittoria di una creazione della mente sull'angoscia. Una rassicurazione solo apparente, perché il feticcio è l'equivalente simbolico del fallo femminile, cioè di una realtà inesistente. E' solo un fantasma, anche se potente ed efficace.

Nella teoria psicoanalitica il disconoscimento feticista diviene il prototipo di una più ampia fenomenologia del rinnegamento che caratterizza l'universo della psicosi. AH'origine della psicosi c'è un disconoscimento della realtà e questo differenzia la psicosi da una semplice nevrosi il cui meccanismo determinante è la rimozione di una pretesa pulsionale. C'è quindi una differenza sostanziale fra disconoscimento e rimozione: il primo è rivolto alla realtà esterna, la seconda alle pulsioni dell'Es.

Alla «perdita di realtà» che si verifica nella psicosi Freud dedica nel 1924 un saggio che ha appunto per titolo *La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi.* Qui il rinnegamento della realtà esterna viene considerato come la prima fase della psicosi; nella seconda fase la realtà disconosciuta viene *rimpiazzata* da una sostitutiva e fittizia.

Il meccanismo difensivo più caratterizzante della nevrosi, la rimozione, è diverso anche se può comprendere un atteggiamento di fuga dalla realtà apparentemente simile al rinnegamento psicotico. La differenza sta nel fatto che la prima fase della nevrosi consiste nella rimozione delle esigenze dell'Es e non

della realtà. Solo successivamente si verifica un tentativo di riparare alla rimozione evitando quell'aspetto della realtà che, essendo incompatibile con le pulsioni dell'Es, ha reso necessaria la rimozione.

La nevrosi gioca a nascondino con una parte della realtà, la psicosi la disconosce del tutto e la sostituisce con una realtà artificiale, attraverso un'opera sistematica di ricostruzione delirante e allucinatoria del mondo esterno, che coinvolge la dimensione percettiva del soggetto. Comunque, sottolinea Freud, la realtà che è stata disconosciuta non sparisce del tutto, ma «ritorna» in certi aspetti dell'allucinazione, mischiata alla realtà sostitutiva, così come nella nevrosi torna a farsi viva la pulsione rimossa sotto forma di sintomo, formazione reattiva, ecc. Dunque, per schematizzare, due elementi concorrono secondo Freud a formare l'allucinazione: da una parte c'è la «ricostruzione» delirante, cioè la realtà fittizia che sostituisce quella disconosciuta; dall'altra, c'è il ritorno in qualche forma della stessa rappresentazione che è stata espunta. L'allucinazione deve contenere in qualche modo, come significante, una traccia della rappresentazione della realtà disconosciuta insieme al disconoscimento di essa.

Nel caso del feticismo il fallo della madre, che viene allucinato, sta a significare anche la rappresentazione che è stata disconosciuta, cioè la rappresentazione della castrazione. Quest'ultima «ritorna» nell'allucinazione del fallo femminile, le conferisce una tonalità minacciosa, inquietante. Tale appare appunto il fantasma della donna fallica, ibridata con il potere della castrazione. Il fallo-feticcio non cessa di significare la rappresentazione della quale è il surrogato, non cessa di significare la rappresentazione rinnegata, cioè la castrazione e l'angoscia connessa. La *Ich-Spaìtung,* la scissione dell'Io, si mantiene, come abbiamo detto, grazie ad un'implicita interdipendenza dei termini separati e questa riaffiora nell'allucinazione. Il feticcio contiene sempre un'allusione implicita a ciò che nega, alla castrazione, alla mancanza, alla perdita, alla separazione, all'annientamento e questa allusione contribuisce al potere fascinatorio del feticcio, potere che consiste nel suo ambiguo riferimento al piacere e alla morte.

Il soggetto feticista non realizza la propria identità attraverso il conflitto edipico e il confronto con l'ideale dell'Io proiettato sul padre, il maestro, il padrone, l'amico, ecc. Egli privilegia un'altra via, quella del miraggio, e costruisce la propria identità attorno ad un oggetto fantasmatico, dal quale diviene dipendente. Il mondo dei feticci si distingue, come dice Freud, per la sua particolare «accessibilità» e per il fatto che si presenta sostanzialmente privo di tensioni e contrapposizioni dolorose. L'angoscia, lo scacco, le pretese della vita e l'alterità del mondo vengono abilmente elusi, senza scalpore. Tuttavia l'angoscia «ritorna» come un sentimento diffuso, un'inquietudine irrigidita che investe l'oggetto a cui si aggrappa il feticista. Il suo attaccamento è diverso da quello del collezionista che esulta per ogni oggetto acquisito; è sempre colorato di amarezza perché è il frutto di una *Spaltung:* quanto più conta sull'oggetto, quanto più ne vagheggia l'immagine e vuole possederlo, tanto più ne percepisce l'inconsistenza e percepisce il possesso come deludente. La sua identità dipende da oggetti illusori ed egli tende ad assomigliare loro, ad assimilare l'equivoca consistenza che essi veicolano: l'eroinomane è l'etica dell'eroina, il cocainomane la psicologia euforica della polvere bianca, il pedofìlo è il bambino che non è mai stato, l'anoressica è la fame che controlla. 11 feticcio è un falso Sé che colonizza totalmente, senza residuo, la psicologia del soggetto.

La tecnica psicoanalitica

Cerchiamo di riassumenie alcuni aspetti centrali della tecnica psicoanalitica attraverso alcune opere pubblicate da Freud in un ampio arco temporale. Nella forma assunta negli ultimi anni, in particolare dopo i saggi che abbiamo appena menzionato, la terapia psicoanalitica può essere definita come una psicoanalisi dell'Io, perché è soprattutto volta al rafforzamento di questa istanza del soggetto:

L'Io è indebolito a causa dei suoi conflitti interni, dobbiamo accorrere in suo soccorso. E' un po' come una guerra civile, che dev'essere decisa con l'aiuto di un alleato che viene dal di fuori. Il medico analista e l'Io indebolito del paziente, tenendosi ancorati al mondo esterno, devono formare un partito comune contro i nemici, le pretese pulsionali dell'Es e le pretese di coscienza del Super-io. Concludiamo insieme un patto. L'Io del malato ci promette la più completa sincerità, ossia la disponibilità di tutto il materiale che la sua auto percezione gli fornisce, noi gli assicuriamo la più rigorosa discrezione e mettiamo al suo servizio la nostra esperienza nell'interpretazione del materiale influenzato dall'inconscio. Il nostro sapere deve compensare il suo non sapere, restituendogli la perfetta padronanza su quelle regioni della vita psichica di cui ha perso il controllo. In questo contratto consiste la situazione analitica (Freud 1938, p. 600).

In altre parole, attraverso l'analisi l'inconscio deve divenire cosciente, le rimozioni devono essere abolite e con esse i sintomi, «trasformiamo il conflitto patogeno in un conflitto normale che deve trovare in qualche modo una risoluzione» (Freud 1915-17, p. 585).

Se questo è l'obbiettivo della terapia, vediamo qual è l'atteggiamento dell'analista e quali sono gli strumenti che impiega per raggiungere quell'obbiettivo.

Il modo di porsi del terapeuta rispetto ai contenuti espressi dal paziente è quello *de\Y attenzione fluttuante* che consiste, come abbiamo detto, nel non privilegiare nessun elemento del discorso dell'analizzato:

Si tenga lontano dalla propria attenzione qualsiasi influsso della coscienza e ci si abbandoni completamente alla propria "memoria inconscia", oppure, in termini puramente tecnici: "Si stia ad ascoltare c non ci si preoccupi di tenere a mente alcunché". Ciò che si ottiene in questo modo sarà sufficiente per tutte le esigenze durante il trattamento. Quelle componenti del materiale che già si iscrivono in un contesto saranno disponibili per il medico anche in modo cosciente; il resto, ancora sconnesso e disposto in caotica confusione, sembra in un primo tempo sommerso, ma affiora prontamente alla memoria appena l'analizzato produce qualcosa di nuovo con cui tale materiale possa essere collegato e in cui possa prolungarsi" (Freud 1912a. p. 533).

Come abbiamo già ricordato, il terapeuta «deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette» (Ivi, p. 536).

Un'altra caratteristica che definisce l'atteggiamento analitico è la *neutralità,* la quale significa che l'analista deve mantenersi neutrale sia rispetto ai valori religiosi, morali, sociali, sia nei confronti delle proprie convinzioni teoriche. Infine non deve lasciarsi coinvolgere nel transfert del paziente né agire il proprio controtransfert:

Non raccomanderò mai con troppa insistenza ai colleglli di prendersi a modello durante il trattamento psicoanalitico il chirurgo, il quale mette da parte tutti i suoi affetti e persino la sua umana pietà neH'imporre alle proprie fòrze intellettuali un'unica meta: eseguire l'operazione nel modo più corretto possibile [...] La giustificazione di tale freddezza emotiva che si richiede all'analista riposa sul fatto che essa crea le condizioni più vantaggiose per entrambe le parti: per il medico l'auspicabile salvaguardia della propria vita affettiva, per il malato il massimo d'aiuto che siamo in grado oggi di dargli, *(ibidem)*

Questa freddezza che Freud, con una precauzione forse eccessiva, raccomanda agli allievi non sembra essere stata la caratteristica del suo atteggiamento terapeutico e la metafora del chirurgo è fortunatamente caduta oggi in disuso.

L'analista deve dunque essere *impassibile* nel senso che in ogni caso deve tenere sotto controllo il suo controtransfert, soprattutto in presenza di un transfert amoroso del paziente, e la cura analitica deve essere condotta in regime di *astinenza,* nel senso che il terapeuta non deve soddisfare le richieste del paziente, che rispondono alla sua esigenza di trovare nel terapeuta soddisfazioni sostitutive ai suoi sintomi, né deve accettare di svolgere quei ruoli che il paziente vorrebbe imporgli. Invece di soddisfare le richieste del paziente, il terapeuta deve interpretarle. L'analista deve quindi mantenere la frustrazione delle richieste del paziente eventualmente anche attraverso il divieto a lui fatto di cercare quelle soddisfazioni sostitutive all'estemo dell'analisi in modo che le energie libidiche liberate dalla cura e dalla remissione dei sintomi non vadano disperse ma siano impiegate «come forze propulsive al lavoro e al mutamento» (Freud 1914c, p. 368).

Ricorderete che la causa della malattia del nevrotico è stata una *frustrazione*, che i suoi sintomi hanno la funzione di soddisfacimenti sostitutivi. Durante il trattamento si può osservare come ogni miglioramento delle sue condizioni rallenti il processo di guarigione e diminuisca la forza pulsionale che spinge verso di essa. Ma noi a questa forza pulsionale non possiamo rinunciare; una sua riduzione mette in pericolo il nostro scopo, il ristabilimento del malato. Quale conseguenza dobbiamo dunque trarre necessariamente da questo stato di cose? Per quanto crudele possa sembrare, è nostro dovere far si che la sofferenza del malato, quantomeno a un certo livello di intensità e di efficacia, non termini prematuramente. Se l'eliminazione e la svalutazione dei sintomi ha attenuato questa sofferenza, noi dobbiamo ripristinarla altrove, sotto forma di una privazione dolorosa; il rischio che corriamo altrimenti è di non ottenere mai più un miglioramento, se non modesto e transitorio (Freud 1918, p. 23)

In questo che fu il discorso conclusivo al Congresso di Budapest del 1918, Freud fa esplicito riferimento alle speculazioni di Ferenczi (vedi dopo) suH'arnìw del terapeuta in analisi.

Per quanto riguarda le misure pratiche che regolano il *setting* psicoanalitico, occorre ricordare che le sedute erano quotidiane con un'interruzione per il fine settimana e potevano ridursi a tre per settimana verso la fine del trattamento la cui durata era indeterminata. Il paziente è disteso su un divano e l'analista siede alle sue spalle: Freud suggerisce questa disposizione per varie ragioni, anche pratiche, che è qui superfluo elencare. Le difficoltà ad assumere questa posizione da parte del paziente vengono lette come resistenze.

Freud usava iniziare il trattamento con un periodo di prova di alcune settimane durante il quale si poteva decidere se l'analisi era un'esperienza adeguata a quel particolare individuo. Fin dalla prima seduta egli invita il

paziente ad attenersi rigorosamente alla regola psicoanalitica fondamentale «secondo la quale ognuno deve comunicare senza sottoporre a critica tutto ciò che gli viene in mente» (Freud 1912b, p. 531). Quindi gli suggerisce:

Dica dunque tutto ciò che Le passa per la mente. Si comporti, per fare un esempio, come un viaggiatore che segga al finestrino di una carrozza ferroviaria e descriva a coloro che si trovano alfintemo il mutare del panorama dinanzi ai suoi occhi. Infine non dimentichi mai di aver promesso assoluta sincerità e non passi sotto silenzio alcunché di cui le dispiaccia parlare per un motivo qualsiasi (Freud 1913, p. 344).

Le difficoltà del paziente di seguire la regola fondamentale devono essere considerate resistenze.

I principali oggetti dell'analisi sono le resistenze e il transfert. Quest'ultimo è, come abbiamo detto, una coazione a ripetere.

Ci rendiamo subito conto che la stessa traslazione rappresenta un elemento della ripetizione, e che la ripetizione é la traslazione del passato dimenticato, non soltanto sulla persona del medico ma su tutti gli altri ambiti della situazione attuale. Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere (che ora sostituisce l'impulso a ricordare) non soltanto nei suoi rapporti personali col medico, ma anche in tutte le altre attuali attività e relazioni della sua vita

[...] Anche l'apporto della resistenza è riconoscibile con facilità. Quanto maggiore è la resistenza, tanto maggiore è la misura in cui il ricordare viene sostituito dal mettere in atto (ripetere) (Freud 1914b. pp. 356-357).

Normalmente all'inizio di un'analisi il transfert è positivo e si instaura un rapporto di fiducia col terapeuta. Ma dato che il transfert è la riedizione di sentimenti che hanno animato il rapporto con le figure genitoriali, sentimenti che sono sempre ambivalenti, ci si può aspettare che questa ambivalenza si manifesti anche nel transfert che da positivo diviene allora negativo. Se quando si instaura un rapporto di fiducia il paziente è portato a ricordare e quindi a far si che l'analisi si addentri nel rimosso, quando l'azione dell'analisi incide sulla nevrosi e le difese a cui il paziente è attaccato, succede che prevale la resistenza, il transfert diviene negativo e il paziente, invece di ricordare, tende a *ripetere* nella relazione analitica «tutto ciò che, provenendo dalle fonti di quanto in lui vi è di rimosso, si è già imposto alla sua personalità manifesta: le sue inibizioni, i suoi atteggiamenti inservibili, i tratti patologici del suo carattere. Si, egli ripete anche durante il trattamento tutti i suoi sintomi» (Ivi, p. 357). Ma se l'obbiettivo è quello di sostituire un'attività mnestica (ricordare) alla ripetizione, come possiamo smontare la resistenza che blocca l'attività di ricordare?

[...] il mezzo principale per domare la coazione a ripetere del paziente, e trasformarla in un motivo che stimoli il ricordo, è dato dal modo in cui viene impiegata la traslazione. Rendiamo la coazione a ripetere innocua o addirittura utile, quando le riconosciamo il diritto di far quel che vuole entro un ambito ben definito. Le offriamo la traslazione come palestra in cui le è concesso di espandersi in una libertà quasi assoluta, e dove le viene prescritto di presentarci tutti gli elementi pulsionali patogeni che si nascondono nella vita psichica dell'analizzato (Ivi, p. 360).

Dunque il problema diventa quello di contenere all'interno della traslazione tutti i fenomeni di ripetizione, di chiedere quindi al paziente di prendere meno iniziative possibile nella vita esterna, non cedendo ai suoi impulsi. Quando il terapeuta riconosce una resistenza la comunica al paziente tenendo ben presente però la seguente considerazione:

dalla semplice menzione della resistenza non può risultare la sua immediata scomparsa. Si deve lasciare alfammalato il tempo di immergersi nella resistenza a lui ignota, di *rielaborarla,* di superarla persistendo, a dispetto di essa, nel suo lavoro che si attiene alla regola psicoanalitica fondamentale. Solo quando la resistenza è giunta a tale livello è possibile scoprire, in collaborazione con l'analizzato, i moti pulsionali che la alimentano; il paziente può infatti rendersi conto dell'esistenza e della potenza di questi moti in base a quanto è venuto sperimentando. Perciò il medico non ha altro da fare che attendere e lasciare che si svolga un decorso che non può essere evitato né sempre accelerato (Ivi, p. 361).

Il faticoso processo di superamento di una resistenza si verifica solo se c'è nel paziente una forte spinta alla guarigione e un forte investimento di fiducia nel terapeuta. Se vi è un investimento libidico nel rapporto col terapeuta, il transfert diventa «il campo di battaglia nel quale sono destinate a incontrarsi tutte le forze in lotta tra loro» (Freud 1915-17, p. 603). Se si riesce in questo tentativo di trovare col paziente le origini delle sue resistenze, il beneficio in termini terapeutici sarà risolutivo poiché il paziente non dimenticherà mai più ciò che ha vissuto nella forma della traslazione, avendo per lui questa esperienza una forza di persuasione superiore a tutto ciò che può aver acquisito in un'altra maniera. Succede quindi che la nevrosi del paziente può trasformarsi in una sorta di malattia artificiale contenuta all'intemo del transfert, che Freud chiama *nevrosi di traslazione.* Freud chiama *nevrosi di traslazione* anche l'isteria e la nevrosi ossessiva, perché sono gli unici disturbi che consentono un transfert, un investimento libidico del terapeuta e perciò sono gli unici curabili col metodo psicoanalitico. Non lo sono invece la paranoia, la dementia praecox (schizofrenia) e la melanconia (depressione) perché per la loro fondamentale componente narcisistica non permettono l'investimento oggettuale e quindi il transfert.

Se viene superata la resistenza può ricominciare l'attività mnestica, quindi il lavoro con i sogni, le libere associazioni, gli atti mancati, per far riemergere il rimosso e portare l'inconscio alla coscienza.

In tutto questo percorso è molto importante il modo in cui l'analista propone le proprie interpretazioni al paziente:

La soluzione dei suoi conflitti e il superamento delle sue resistenze riesce solo se gli sono state date quelle rappresentazioni anticipatorie che concordano con la realtà che è in lui. Ciò che era inesatto nelle supposizioni del medico viene a cadere nel corso dell'analisi e va quindi ritirato e sostituito con qualcosa di più giusto (Ivi, p. 601).

In altre parole, non deve esserci suggestione: una rappresentazione anticipatoria dovrebbe essere accettata perché il paziente la percepisce come qualcosa che aveva già implicitamente capito da solo anche se non riusciva a pensarlo. La comunicazione delle “costruzioni" interpretative non deve avvenire se non nel momento opportuno, cioè quando si capisce che il paziente è pronto a ricevere una simile comunicazione, cioè quando egli, con la sua consapevolezza, è giunto ormai vicino alla spiegazione che il terapeuta sta per dargli. Se il terapeuta imponesse le sue interpretazioni prima che il paziente fosse pronto ad accoglierle, la comunicazione o resterebbe senza esito o provocherebbe da parte del paziente una forte resistenza che potrebbe compromettere il lavoro.

Come Freud nota in una delle sue ultime opere, *Costruzioni nell’analisi* del 1937, rimane un punto da chiarire:

> La via che parte dalla costruzione dell’analista dovrebbe terminare nel ricordo dell'analizzato; non sempre essa giunge tanto innanzi. Ci capita abbastanza frequentemente di non riuscire a suscitare nel paziente il ricordo del rimosso. In sua vece, se l’analisi è stata svolta correttamente, otteniamo in lui un sicuro convincimento circa l’esattezza della costruzione; ebbene, tale convincimento, sotto il profilo terapeutico, svolge la stessa funzione di un ricordo recuperato (Freud 1937, p. 549).

Questa considerazione sembra aprire un nuovo orizzonte: certe costruzioni hanno effetto non tanto perché corrispondono a qualcosa che il paziente ha realmente vissuto, ma perché costituiscono un modo per dare senso e organizzazione alla sua esperienza di vita e il passato acquista un valore in quanto parte di una costruzione narrativa sensata nella quale il paziente si riconosce.

Sàndor Ferenczi (1873-1933)

Sàndor Ferenczi fu per un certo periodo uno dei più stretti allievi e collaboratori di Freud, fino a quando, a causa di alcune sue idee considerate dal maestro come troppo “rivoluzionarie" e in contrapposizione con alcuni concetti fondamentali della tecnica e della teoria psicoanalitica, fu allontanato da Freud e dal suo entourage. In seguito a questa drammatica rottura, Ferenczi subì un ostracismo da parte della comunità psicoanalitica che si concluse addirittura con il ricondurre la sua morte precoce, causata da una anemia perniciosa, ad una psicopatologia preesistente che avrebbe condizionato, con un processo di deterioramento cognitivo, gli ultimi lavori di Ferenczi, quelli maggiormente divergenti dall’ortodossia.

All'interno della ricca produzione teorica dell’autore, privilegiamo per la nostra esposizione tre aspetti che riteniamo importanti per l’evoluzione che avranno nella storia successiva della psicoanalisi: le riflessioni sulla tecnica, il concetto di *trauma* e quello di *identificazione con l aggressore.*

La tecnica

L’evoluzione della tecnica di Ferenczi parte da un’accentuazione di alcuni principi freudiani per intraprendere poi una svolta che segna una profonda divergenza dal maestro. Le innovazioni della tecnica introdotte e mantenute da Ferenczi fino al 1926 vanno sotto il nome di «terapia attiva». Questa nasce dalla constatazione che la libera associazione, su cui la tecnica psicoanalitica si basava, spesso concedeva al paziente la possibilità di esprimere le sue resistenze in una produzione di pensieri e fantasie totalmente fuorviami ed inutili sul piano terapeutico che mantenevano intatta la rimozione delle esperienze e dei ricordi dolorosi. Ed ecco dunque la prima correzione apportata da Ferenczi alla tecnica freudiana e accolta positivamente dal maestro, come dimostra il suo già citato intervento al Congresso di Budapest del 1918. Se Freud sottolineava rimportanza del ricordare all'interno della situazione analitica considerando invece il desiderio di ripetere come una resistenza indesiderabile, Ferenczi riteneva al contrario che fosse inevitabile che il paziente ripetesse fasi del suo sviluppo nel contesto analitico e che questo fosse necessario al fine di far riemergere materiale che altrimenti sarebbe rimasto sepolto. Quindi attribuiva un ruolo fondamentale al *ripetere* prima che al ricordare; ma riteneva comunque indispensabile trasformare gli elementi della ripetizione in un ricordo attuale.

Ci richiameremo dunque direttamente all'ultimo saggio di Freud a carattere tecnico sul tema *Ricordare, ripetere ed elaborare* (1914): saggio in cui alle tre attività menzionate nel titolo viene attribuita un'importanza diversa, in quanto al lavoro analitico viene assegnato uno scopo specifico: ricordare; di conseguenza il voler rivivere anziché ricordare è considerato un sintomo di resistenza e, come tale, un'attività da evitarsi. Tuttavia, dal punto di vista della coazione a ripetere, è assolutamente inevitabile che il paziente ripeta durante la cura intere parti del suo sviluppo; non solo, ma l'esperienza ha mostrato che la ripetizione concerne proprio quelle parti che nella forma del ricordo non è possibile far riemergere, dimodoché se al paziente non resta altra via che riprodurle, anche l'analista, se vuole afferrare il materiale *specificamente inconscio,* non può far altro che seguire il paziente su questa via. Occorre perciò comprendere anche questa forma di comunicazione, il linguaggio gestuale (Ferenczi), e spiegarlo al paziente. [...] Chiarito questo punto, ne risultò inanzitutto la necessità pratica di non inibire le tendenze alla ripetizione durante l'analisi, anzi di stimolarle, posto che si sia in grado di padroneggiarle; altrimenti il materiale più importante in senso assoluto non sarebbe giunto né a manifestarsi né a risolversi. [...] E' cosi che ci siamo infine risolti ad *attribuire il ruolo principale, nella tecnica analitica, al ripetere anziché al ricordare.* Ciò non significa però lasciare semplicemente sfumare l'affettività nel «vissuto»; il procedimento consiste invece [...] in un graduale concedere e in una risoluzione o *trasformazione del riprodotto in ricordo attuale* (Ferenczi 1924, p. 177).

L' «attività» consiste allora nel fatto che l'analista stimola la tendenza alla ripetizione del paziente qualora questa non si verifichi spontaneamente, «naturalmente con lo scopo di vincere in modo definitivo questa tendenza, cosa a cui perviene rivelandone il contenuto» (Ivi, p. 191). Deve dunque realizzarsi un'alternanza tra il cedere, il lasciar andare il paziente alla ripetizione, o addirittura stimolarla, e l'intervenire successivamente per frustrare questa tendenza e rendere il paziente consapevole del suo significato. Si abbandona perciò definitivamente l'idea che l'interpretazione abbia effetto in quanto svela

al paziente una verità relativa al suo passato; secondo Ferenczi questo tipo di interpretazione non ottiene alcun effetto. Occorre invece che ogni spiegazione data al paziente riguardi la sua esperienza attuale, il suo vissuto presente e quindi ogni rivelazione sul passato ha effetto solo in quanto quel passato è ripetuto nell'attualità della relazione analitica.

La libera associazione [...] richiede che tanto il medico quanto il paziente stiano continuamente all'erta per impedire che quest'ultimo ricada iiell'abitudine di pensare secondo uno schema programmato. Quando, viceversa, ci si accorge che grazie alla libera associazione il paziente riesce a evitare nessi penosi ricchi di significato, bisogna spingerlo a stabilire tali nessi. A questi casi si contrappongono quelli in cui la seduta trascorre in monotone lamentele ipocondriache o di altra natura. Dopo aver lasciato sfogare il paziente per un certo tempo, mi è capitato talvolta di dovergli ordinare di sostituire le sue lunghe descrizioni con alcuni gesti concordati. Da quel momento in poi, cioè, avrebbe dovuto limitarsi a comunicarmi con questo mezzo che era di nuovo alle prese con le ben note ossessioni. Stabilite queste condizioni, la comoda via dello sfogo restava preclusa e il retroscena dello stato psichico diventava più accessibile. In modo analogo, e cioè vietando il «chiacchierare a vanvera» (sintomo dell'oca), si può tentare di induce il paziente a seguire un corso di pensieri che ha conclusioni penose, cosa che suscita naturalmente la sua resistenza (Ferenczi 1925. pp. 220-221).

Dunque elemento essenziale della tecnica attiva è *ìa frustrazione.* Si è visto infatti che l'impedimento opposto dalla frustrazione alla ripetizione provoca un aumento di tensione psichica che facilita l'emergere del materiale che si nasconde dietro al sintomo o alla richiesta di soddisfazione affettiva rivolta all'analista. La tecnica attiva prevede un incremento di questo mezzo, sia impedendo al paziente le divagazioni improduttive nella libera associazione, sia proibendogli alcune condotte all'estemo e all'intemo dell'analisi, sia obbligandolo ad eseguire determinate azioni sia fuori che dentro il contesto analitico. Questa tecnica utilizza la ripetizione per esercitare su di essa una sistematica frustrazione e consentire la conseguente emersione ed elaborazione dei contenuti occultati dalla ripetizione.

Secondo la regola principale dell'attività (della frustrazione), non si devono approvare senz'altro le proposte del paziente. A prescindere dal fatto che per tutta risposta si dovrà innanzi tutto porre al paziente la domanda classica, e cioè quali associazioni gli vengono in mente, si farà bene a consigliargli di astenersi, intanto, dal fare ciò che propone, o a fargli fare addirittura il contrario. In tal modo le probabilità di scoprire la vera motivazione psichica sono maggiori che se si lascia il paziente seguire la via che gli è più comoda. Ha un effetto sorprendente, per es,, la frustrazione provocata dal comportamento conciliante del medico in risposta all'intenzione del paziente di scatenare un conflitto nella situazione analitica; e sappiamo bene che tante altre volte nella vita egli è riuscito a realizzare intenzioni di questo genere. La frustrazione consiste qui nel fatto che il metodo conciliante ostacola una certa scarica di affetti. All'opposto, quando si ha a che fare con nature sensitive fortemente viziate, ai tentativi di ottenere a tutti i costi la benevolenza del medico è bene rispondere con un comportamento piuttosto severo o quanto meno freddamente obiettivo. Ovviamente, questo modo di trattare il paziente "contropelo" presuppone che il suo legame con l'analisi sia già divenuto abbastanza resistente.

In generale, proprio all'inizio dell'analisi, è opportuno adottare per un periodo abbastanza lungo l'atteggiamento dell'osservatore imparziale e studiare il contegno del paziente nel suo ambiente abituale attraverso il succedersi dei fatti quotidiani. E' consigliabile dare interpretazioni e spiegazioni analitiche al paziente a poco per volta; solo successivamente si verificano le condizioni perché si possano prescrivere delle regole di comportamento che facciano progredire il lavoro analitico. In primo luogo si tratta naturalmente di influenzare le relazioni con i familiari, gli amici, i colleghi e i superiori, successivamente di dare anche dei suggerimenti per ciò che riguarda le diverse abitudini e il modo di vivere, ponendo una particolare attenzione a certi dettagli minimi delle abitudini dietetiche, al modo di dormire, di vestirsi e di spogliarsi e, soprattutto, di trovare soddisfacimento corporale (Ivi. pp. 225-226).

L'autore è consapevole del rischio rappresentato dall'abuso delle tecniche attive e ne sconsiglia quindi l'uso ai principianti. Egli critica inoltre il fanatismo interpretativo e l'eccesso di sapere con il correlato «atteggiamento didascalico e pedantesco» che tende a trasformare la relazione analitica in un rapporto tra maestro e scolaro; raccomanda una maggiore umiltà ai colleghi e la disponibilità a riconoscere i propri errori con i pazienti, criticando la tendenza a far passare gli errori dell'analista per resistenze del paziente; sottolinea l'utilità del transfert negativo per cui occorre dare una maggiore libertà ai pazienti di sfogare la loro aggressività nei confronti del terapeuta: infatti ritiene che se l'aggressività trova modo di sfogarsi è più facile ritornare ad un transfert positivo. Inoltre contravviene volutamente a certe regole fissate dall'ortodossia, cura alcuni pazienti senza compenso, prolunga in certi casi l'orario delle sedute, lascia che il paziente abbandoni la posizione distesa per sedersi davanti a lui o camminare per la stanza. Ritiene infatti che l'inflessibilità riguardo a certe regole del setting aumenti le resistenze nei pazienti. D'altra parte Ferenczi considera le regole dettate da Freud soprattutto come misure prudenziali per i principianti e che infrazioni siano possibili per gli esperti a condizione che vi sia una valutazione teorica consapevole degli effetti da quelle prodotti.

Dopo il 1926 la tecnica attiva subisce un cambiamento. La pratica della frustrazione ha dimostrato come sia possibile trasformare un certo tipo di ripetizione in un tipo più aderente al contenuto originario rimosso. Ferenczi è sempre più convinto che quel contenuto consista in esperienze traumatiche vissute nell'infanzia: si tratta dunque di produrre in analisi la ripetizione di queste esperienze. Ma il metodo che, nel periodo della maturità del suo pensiero, gli appare via via più adatto non è più quello della frustrazione ma il suo contrario, cioè una atteggiamento di cura materna per l'analizzato che ne favorisca la regressione e dia spazio al riemergere di esperienze infantili dolorose. Durante queste regressioni che ripetono fedelmente vissuti infantili, Ferenczi si lascia abbracciare e baciare dai suoi pazienti ricambiandoli, fatto che provoca la viva disapprovazione di Freud il quale rimprovera all'ex allievo, con il quale si è ormai consumata la rottura, di essersi in passato, prima di aderire alla psicoanalisi, intrattenuto sessualmente con alcune pazienti.

In un saggio del 1929, *II bambino indesiderato e il suo istinto di morte,* Ferenczi riporta dei casi in cui l'autodistruttività appare chiaramente connessa col fatto di essere stati *«ospiti indesiderati della famiglia».* La volontà di morire che si palesa presto nella vita di queste persone è compensata «da una forte volontà di adattamento».

Tuttavia, solo nella misura in cui i genitori dimostrano al bambino un amore senza limiti e lo circondano di cure e di tenerezza, essi possono farsi perdonare di averlo messo al mondo senza sua richiesta; in caso contrario, entrano ben presto in azione gl'impulsi distruttivi. Ciò non è strano perché il lattante è molto più vicino alla non-esistenza individuale di quanto non lo sia l'adulto, che ne è separato dall 'esperienza della vita. Per questa ragione si direbbe che sia molto facile che il bambino scivoli spontaneamente indietro, nell'inesistenza. La «forza vitale» capace di resistere alle difficoltà della vita non è dunque di per sé cosi grande, ed è solo a condizione di venir trattato ed educato con delicatezza che il bambino acquisisce una progressiva immunizzazione contro i danni fisici e psichici [...] Naturalmente poi si dovrebbe affrontare il compito di distinguere le sottili differenze tra i sintomi nevrotici dei bambini trattati con freddezza fin dall'inizio e quelli dei bambini accolti, prima con entusiasmo e con manifestazioni appassionate d'amore e poi completamente trascurati (Ferenczi 1929a, pp. 363-364).

Occorre segnalare, per inciso, come l'ultima frase anticipi la distinzione di Winnicott (vedi dopo) tra privazione e deprivazione. Dunque, si chiede Ferenczi, come comportarsi con gli adulti la cui autodistruttività lascia pensare all "originaria freddezza con cui il mondo li ha accolti?

[...] in molti casi di diminuita voglia di vivere mi sono visto costretto, durante la cura, a ridurre sempre più le mie richieste di efficienza ai pazienti. Alla fine mi capitava di paragonare un paziente a un bambino che bisogna lasciare in pace per un certo tempo, in modo analogo, per l'appunto, a quel «trattamento preliminare» che Anna Freud ritiene necessario nell'analisi infantile. Lasciare in pace i pazienti significa allora lasciarli godere per la prima volta di quel senso di irresponsabilità che è proprio dell'infanzia, il che comporta l'introduzione di impulsi *vitali* positivi e di motivazioni per continuare a vivere. In questi casi solo in un secondo momento si possono adottare quelle condotte frustranti che distinguono altrimenti le nostre analisi. (Ivi, pp. 364-365).

Nelle bellissime pagine di questo scritto nasce dunque la certezza che la frustrazione non possa essere applicata, in prima battuta, a quei casi in cui la volontà di vivere si è affievolita a causa di privazioni traumatiche originarie. D'altra parte, come Ferenczi stesso ricorda, è rimasta sempre una sua convinzione l'origine traumatica di alcuni disturbi come l'isteria. Ma ci sono anche considerazioni tecniche che suggeriscono un cambiamento nella pratica inflessibile della frustrazione:

Molti pazienti affetti da nevrosi ossessiva, appena comprendevano la sostanza del principio di frustrazione - un principio base dell'analisi, che alcuni miei colleglli e a suo tempo io stesso avevamo però applicato con severità eccessiva - se ne servivano come di una sorgente pressoché inesauribile di situazioni di resistenza, finché il medico non decideva di toglier loro di mano quest'arma *adottando un atteggiamento arrendevole* (Ferenczi 1929b, pp. 384-385).

Egli pone dunque, accanto al principio di frustrazione, *il principio di concessione* (Ivi, p. 385). Se la frustrazione è connessa all'aumento di tensione psichica, la concessione della libertà al paziente è volta a produrre *distensione.*

Giacché resta pur sempre innegabile che anche l'atteggiamento freddamente obiettivo del medico può assumere fonile tali da mettere senza necessità il paziente in situazioni difficili; e se ciò può essere evitato, devono anche esistere mezzi e vie per far comprendere al paziente, durante la seduta, la nostra disposizione amichevole e benevola [...]

In una serie di casi in cui l'analisi si era arenata a causa di resistenze apparentemente insuperabili, un ennesimo tentativo di disincagliarla fu coronato da successo dopo aver modificato la tattica precedente, in cui il principio di frustrazione era stato applicato con rigore eccessivo [...] l'atteggiamento severo, freddamente riservato dell'analista veniva vissuto dal paziente come la continuazione della lotta infantile contro l'autorità degli adulti, dando luogo al ripetersi di quelle medesime reazioni caratteriali e sintomatiche che sono alla radice della nevrosi vera e propria (Ivi, pp. 387-388).

Occorre ricordare a questo punto che Ferenczi è il primo ad aver introdotto in psicoanalisi il concetto di *empatia* che nel saggio intitolato *L 'elasticità della tecnica psicoanalitica* (1927-28, pp. 306-307) definisce come *«la capacità di mettersi nei panni di un altro».* Soltanto questa sensibilità può aiutare il terapeuta a comprendere la profondità dell'altro e quindi a sapere:

[...] il modo di comunicare una certa cosa al soggetto in analisi, quando il materiale fornito si debba dichiarare sufficiente perché se ne possano trarre delle conseguenze, in quale torma si debba eventualmente porgere la comunicazione, come si debba reagire a una reazione inattesa o stupefacente del paziente, quando sia consigliabile tacere e attendere altre associazioni e quando invece il silenzio costituisce un inutile tormento per il paziente, e così via [...] (Ivi, p. 306).

Nell'empatia, cosi come la concepisce Ferenczi, intervengono sia il pensiero che la sensibilità del terapeuta il quale, pur mettendosi nei panni del paziente, mantiene dai suoi contenuti interni quella distanza sufficiente a permettergli di riconoscere in essi pensieri e tendenze che per l'altro rimangono del tutto inconsci (Bolognini 2002, pp. 44-45).

Vediamo dunque quanto l'atteggiamento terapeutico di cui parla Ferenczi sia distante dalla freddezza chirurgica raccomandata da Freud ed apra una vasta prospettiva di riflessione sulla teoria della tecnica, in cui il concetto di empatia esercita una funzione guida.

L'applicazione della distensione va di pari passo con un'interessante scoperta: invitando il paziente ad usare la libera associazione ma facendo bene attenzione di evitare che questa si limitasse allo stabilire nessi di tipo meramente intellettuale e quindi stimolando un processo di associazione profonda, compariva nel soggetto uno stato di trance (simile all'autoipnosi in cui si verificava la catarsi utilizzata da Breuer e Freud) nel quale si verificavano una serie di *sintomi isterici corporei*, qualunque fosse il tipo di nevrosi di cui il paziente soffriva. L'Autore chiama questo fenomeno *neocatarsi.*

Questi sìntomi consistevano in parestesie e contratture di precise parti del corpo, intensi movimenti espressivi somiglianti a piccoli attacchi isterici, improvvise alterazioni dello stato di coscienza, leggeri capogiri, offuscamenti della coscienza seguiti, spesso, da amnesia deH'accaduto (Ferenczi 1929b, p. 389)

Si trattava di simboli mnestici corporei ovvero conversioni isteriche che traducevano nel linguaggio corporeo antiche esperienze traumatiche. Ferenczi trae da questi fatti la conclusione che tutte le nevrosi hanno un'origine traumatica:

Il materiale mnestico che viene portato alla luce o che riceve conferma nella neocatarsi ha ridato importanza al fattore originariamente traumatico nell'equazione enologica delle nevrosi. Si potranno magari spiegare le precauzioni dell'isteria e le elusioni della nevrosi ossessiva come prodotti della fantasia, elaborazioni puramente psichiche; resta comunque vero che il primo impulso a un orientamento abnonne dello sviluppo è sempre dato da fattori traumatici, da quegli *shocks reali e* da quei *conflitti col mondo esterno,* che precedono la formazione di potenze psichiche neurosogene, quale per es. la coscienza morale. Conformemente, un'analisi non può considerarsi terminata, per lo meno in via teorica, finché non si sia pervenuti a individuare il materiale mnestico traumatico. (Ivi, p. 391)

Dunque quei sintomi che si manifestano nella trance neocatartica sono la ripetizione di una lontana esperienza traumatica. Quando questa ripetizione si verifica in analisi, il terapeuta ha l'opportunità di trasformare l'agito della ripetizione in ricordo attuale cioè di avviare un processo di elaborazione. Ma per consentire che la libera associazione possa raggiungere il livello della ripetizione allucinatoria di un'esperienza infantile, con tutti i vissuti traumatici e di rabbia che la caratterizzano, l'atteggiamento del terapeuta non può più essere quello della frustrazione, ma deve essere quello stesso che viene utilizzato nell'analisi dei bambini (proprio in quel tempo si realizzavano i primi esperimenti di psicoanalisi infantile). Al paziente deve essere concessa tutta la libertà e la tenerezza di cui egli necessita per sentire di poter rivivere in una situazione protetta antichi dolori e traumi. Per questo è indispensabile l'uso della distensione:

Anna Freud, nel corso di una conversazione che verteva su alcune misure proprie del mio metodo tecnico, giustamente osservò: «Ma lei tratta i suoi pazienti come io tratto i bambini nelle mie analisi infantili» (Ivi, p. 393).

Così Ferenczi descrive il suo metodo:

Il procedimento che io uso coi miei pazienti si può con ragione definire un modo di viziarli. Si tratta di non tenere in alcun conto ciò che ci toma comodo, e viceversa di acconsentire nella misura più larga possibile a tutti i desideri e impulsi del paziente. Allungo dunque la durata della seduta finché l'emozione suscitata dal materiale portato alla luce non trova una forma di equilibrio; non abbandono il paziente, lasciando che risolva da solo gli inevitabili conflitti della situazione analitica, ma lo aiuto a trovare la via della riconciliazione chiarendo gli eventuali equivoci e riportandolo alle esperienze infantili. In una parola, mi comporto come una tenera madre, che la sera non va a letto se prima non ha tranquillizzato il suo bambino scacciando tutte le sue angosce e preoccupazioni grandi e piccole, combattendo le sue cattive intenzioni e i suoi scrupoli di coscienza. Con questo mezzo si può far si che il paziente tomi a stadi primitivi di amore oggettuale passivo, lo si induce cioè ad immergersi in condizioni in cui egli - proprio come un bambino sul punto di addormentarsi - mormora frasi che ci consentono di penetrare nel suo mondo onirico (Ivi. p. 409).

Occorre successivamente, aggiunge Ferenczi, porre fine a questa situazione di assoluta libertà. Il paziente cade allora in una situazione di frustrazione, prova rabbia e sperimenta un blocco che ricorda quello che ha provato come effetto del trauma infantile. Se si riesce a mantenersi in contatto con il paziente anche in questa fase, [...] ci rendiamo conto di come il bambino che si sente abbandonato perda in un certo senso tutta la sua voglia di vivere o, per dirla con Freud, rivolga la sua aggressività contro la propria persona [...] Ciò a cui noi assistiamo in questi casi, è la riproduzione dell'agonia tìsica e psichica che deriva da una sofferenza incomprensibile e insopportabile (Ferenczi 1931, pp. 409-410).

Anche il paziente, quando ha raggiunto questa condizione di trance allucinatoria in cui torna ad essere un bambino, può sentirsi abbandonato dal terapeuta se questi si mantiene rigido e impassibile (Ferenczi 1932, pp. 419420). 11 paziente non reagisce più a stimoli di pensiero ed ha bisogno di essere trattato con «materna benevolenza». Ma occorre che si sia stabilito un rapporto di fiducia, che il terapeuta abbia imparato a non nascondere i propri sentimenti e i propri errori al paziente e che questi abbia acquisito una totale fiducia nella sincerità del terapeuta che dovrebbe risanare l'insincerità dei genitori nella dimensione traumatica della sua infanzia. Così la relazione presente in cui il trauma viene ripetuto deve essere percepita dal paziente come totalmente opposta a quella che ha provocato il trauma.

In questo modo il paziente ha ripercorso per intero la sua esperienza traumatica e lo stabilizzarsi delle conseguenze di questa sulla sua organizzazione del carattere. Così Ferenczi trae dalle sue sperimentazioni cliniche importanti informazioni sui meccanismi patogeni conseguenti al trauma.

La ricerca tecnica dell'autore si spinge fino a sperimentare l'analisi reciproca tra terapeuta e paziente e non c'è dubbio che per i suoi tentativi di avventurarsi oltre i confini dell'otodossia meritò l'appellativo di *enfant terribile* della psicoanalisi, attribuitogli dai suoi colleghi. Bisogna tuttavia sottolineare che buona parte delle sue intuizioni teoriche furono riprese successivamente, in particolare da autori che appartengono al filone psicoanalitico delle teorie delle relazioni oggettuali (Balint, Klein, Winnicott, Fairbaim) e che i numerosi spunti delle sue sperimentazioni tecniche furono raccolti e sviluppati da autori che spesso dimenticarono di citarlo come fonte di ispirazione. Ferenczi precisò, a ragione, che le sue riflessioni teoriche traevano origine dalla pratica e da ciò che nella pratica la maggior parte degli analisti realmente faceva prescindendo dalle regole imposte dalla teoria freudiana della tecnica, regole che lo stesso creatore della psicoanalisi spesso non rispettava. Erano dunque questioni tecniche di cui nessuno si azzardava a parlare ma che di fatto ciascuno affrontava a suo modo nella pratica. Inoltre Ferenczi curò soggetti che la psicoanalisi escludeva dal proprio campo di esercizio, soggetti con disturbi caratteriali, patologie narcisistiche e psicosi. Questo giustifica ampiamente la sua passione per la sperimentazione di nuove e più efficaci metodologie. Inoltre è di fondamentale importanza, per futuri sviluppi, la centralità che assume nelle sue osservazioni la relazione analitica quale motore principale dei processi di guarigione del paziente.

Il trauma e l'identificazione con l'aggressore

Si è visto come nella sua maturità Ferenczi si convincesse, attraverso la sua ricerca, di un'idea che in sostanza non aveva mai abbandonato: l'origine delle nevrosi da traumi reali e non da fantasie come Freud aveva sostenuto dopo il '97. E abbiamo visto come l'Autore tornasse su questa teoria grazie ai risultati ottenuti con l'applicazione del metodo della *distensione* il cui valore euristico gli apparve fondamentale per la costruzione di una compiuta teoria del trauma.

E' risultato che il trauma è molto più raramente di quanto si credesse la conseguenza di un'elevata sensibilità innata nei bambini, che reagirebbero in modo nevrotico a un aumento di dispiacere magari banale e inevitabile; il trauma sarebbe quasi sempre, viceversa, la conseguenza di un modo sbagliato, privo di comprensione e di tatto, lunatico e addirittura crudele di trattare i bambini. Le fantasie isteriche non mentono quando ci dicono che genitori ed adulti, nelle loro manifestazioni passionali di affetto nei confronti dei bambini - manifestazioni di natura erotica — giungono veramente a degli eccessi, aggravati dal fatto che se i bambini stanno a questo gioco a metà inconscio degli adulti, questi ultimi sono portati a ricambiarli con minacce e castighi che restano del tutto immotivati ai loro occhi. Sulle piccole vittime, sicuramente innocenti, tutto ciò ha allora azione di shock. Oggi io sono nuovamente incline a dare maggiore importanza, accanto al complesso edipico nei bambini, *alle tendenze incestuose rimosse degli adulti, che si presentano sotto la maschera della tenerezza. [...] La prima reazione ad uno shock sembra essere sempre una psicosi passeggera,* vale a dire un'alienazione dalla realtà [...] In tutti i casi di amnesia

nevrotica, tòrse anche nella nonnale amnesia infantile, l'azione traumatica produrrebbe dunque una scissione psicotica della personalità (Ferenczi 1929b, pp. 391-392).

Come conseguenza del trauma si verifica nel bambino una «scissione narcisistica del Sé» (Ferenczi 1931, p. 408) per cui una parte del Sé si sviluppa come parte danneggiata e una parte si sviluppa invece come quella che si prende cura dell'altra e come istanza di autoosservazione. 1 bambini che hanno dovuto sopportare degli abusi acquistano un'espressione matura, da adulti saggi e assumono nei confronti degli altri atteggiamenti protettivi, dominando quindi la sofferenza. «Vien fatto di pensare ai frutti beccati dagli uccelli, che maturano più rapidamente o diventano più dolci, e così pure al precoce maturare dei frutti bacati» (Ferenczi 1932, p. 424). Ma alcuni non sono capaci di questa maturazione precoce e si arrestano all'autoosservazione divenendo ipocondriaci. Comunque le reazioni iniziali dei bambini al trauma hanno sempre un carattere somatico e solo più tardi essi imparano a dominare queste iniziali espressioni di sofferenza che, come abbiamo visto, vengono riattivate nelle regressioni prodotte dalla terapia basata sulla distensione.

La cosa peggiore però è quando al trauma viene opposto un diniego, ovvero l'affermazione che non è successo niente, che non si sente male da nessuna parte o, addirittura, quando in seguito a fenomeni di paralisi dell'attività intellettuale e motoria si è stati percossi e sgridati: è solo a partire da reazioni come queste che il trauma diviene patogeno. D'altra parte si ha l'impressione che anche shocks gravi possano venire superati senza produrre amnesie o effetti nevrotici, quando vi siano la comprensione e la tenerezza della madre e, cosa magari più rara, il suo atteggiamento sia di totale franchezza (Ivi, p. 410).

Quindi il trauma si verifica e sviluppa i suoi effetti in un contesto relazionale quando manca la volontà da parte dei genitori di rimediare ad uno shock subito dal bambino, con un atteggiamento materno di tenerezza e di comprensione sincera. Ed è nel contesto relazionale dell'analisi, purché non vi sia severità da parte del terapeuta ma tenerezza e attenzione materna, che gli effetti caratteriali del trauma possono risolversi. L'analisi deve quindi creare quel contenitore relazionale positivo ed empatico che può rimediare alla primitiva indifferenza o violenza delle figure genitoriali.

A causa dell'abuso subito, la vita sessuale del soggetto «resta involuta o assume forme perverse; per non parlare delle nevrosi e psicosi che possono derivare da quest'abuso» (Ivi, p. 422). Se poi nella vita dell'individuo che cresce si accumulano gli shocks, può verificarsi una dissociazione ripetuta fino alla frammentazione del Sé in vari elementi che si comportano come personalità a sé stanti, come se nessuna sapesse delle altre.

La teoria del trauma di Ferenczi è originale e costituisce l'unica nota dissonante nello scenario dell'ortodossia psicoanalitica del suo tempo dominata dalla concezione di Abraham secondo il quale il senso di colpa dei bambini abusati testimonia la loro corresponsabilità nell'episodio traumatico che corrisponderebbe al loro desiderio inconscio (Bonomi, 2001, p. 95).

Per il senso di colpa della vittima di un abuso Ferenczi trova una spiegazione del tutto diversa nella sua teoria *de\V identificazione con l'aggressore* esposta in *Confusione delle lingue tra adulti e bambini* del 1932.

Bisogna premettere che già nel 1909 Ferenczi ha formulato il concetto di *introiezione,* entrato poi ampiamente in uso nel linguaggio psicoanalitico, che indica un processo attraverso il quale il mondo è accolto nell'Io e diviene oggetto di fantasie inconsce. Così le figure amate dei genitori vengono introiettate dal bambino che si identifica con loro.

Ferenczi sostiene, come abbiamo visto, che la seduzione dei bambini da parte degli adulti, più spesso parenti, è più frequente di quanto non si pensi e sottolinea come la confusione delle lingue si verifichi quando alla richiesta di tenerezza di un bambino un adulto che ha delle tendenze patologiche risponde, per un morboso fraintendimento, come se si trattasse della richiesta sessuale di un adulto e si lascia andare ad atti sessuali con il bambino. La prima reazione di quest'ultimo «sarebbe di rifiuto, odio, disgusto, energica difesa» (Ivi, p. 421).

Ma la paura paralizza questa reazione, perché i bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, non hanno una personalità consolidata e dunque ammutoliscono davanti alla forza e all'autorità degli adulti.

Ma questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l'aggressore. Con l'identificazione, diciamo meglio con l'introiezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna; l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico [...] Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall'identificazione per paura col partner adulto, è l'introiezione del *senso di colpa dell adulto',* questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente *(ibidem).*

Quando cerca di riprendersi dall'accaduto, il bambino è confuso, si sente al tempo stesso innocente e colpevole. In più, l'adulto si comporta con lui in modo brusco, distante e minaccioso perché prova rimorso, e il bambino allora prova ancora di più colpa e vergogna. L'adulto, in molti casi, riesce a far finta di nulla, a minimizzare o diviene, per reazione, moralista e religioso tentando di salvare con la severità la propria anima e quella del bambino. Egli lega a sé il bambino proprio in forza del trauma e della paura che gli ha provocato. Di solito questo bambino rimane solo, neppure il rapporto con la madre è abbastanza intimo da poterla rendere partecipe del fatto e comunque, se ciò avviene, la madre tende a non credere o a minimizzare. Egli diverrà, crescendo, una persona debole, incapace di protestare di fronte ai torti subiti e tendente al mimetismo, avrà quindi una personalità costitutita soltanto dall'Es e dal Super-io e soffrirà la stessa solitudine dei bambini privi di protezione e tenerezza materna.

Oltre a questo tipo di abuso, in cui il linguaggio passionale dell'adulto travolge il linguaggio della tenerezza del bambino, Ferenczi in questo scritto ne rammenta altri due tipi: la *punizione passionale* e il *terrorismo della sofferenza.* La prima è una forma di punitività rabbiosa che ha il potere, tramite sanzioni disciplinari connotate da passionalità, di rendere colpevole il bambino di mancanze compiute innocentemente, per gioco e di provocare il lui una depressione. La seconda coincide con quella che oggi chiamiamo inversione di ruoli:

I bambini hanno bisogno di appianare qualsiasi specie di disordine nella famiglia, per cosi dire di caricare sulle proprie fragili spalle il peso che grava sulle spalle di tutti; naturalmente non fanno questo, alla fin fine, per puro altruismo, ma per poter nuovamente godere la tranquillità perduta e la tenerezza che dipende da questa tranquillità. Lina madre che si lamenta delle proprie sofferenze può fare della figlia la propria infermiera a vita, in sostanza procurarsi, per mezzo suo, un sostituto della madre, senza tener in alcun conto i veri interessi della figlia (Ivi, p. 425).

Ferenczi introduce in questo scritto un'interessante analogia tra quello che accade nel transfert e il meccanismo dell'identificazione con l'aggressore. Non vi è dubbio che i pazienti sviluppino una sensibilità particolare per quanto riguarda i pensieri e le emozioni dell'analista, proprio come il bambino sviluppa una percezione acuta dei desideri del suo aggressore.

Genitori ed adulti, e cosi noi analisti nell'analisi, dovremmo tutti imparare a rassegnarci al fatto che dietro la sottomissione o addirittura l'adorazione - e per noi analisti dietro l'amore di transfert - dei bambini, degli allievi e dei pazienti, sta nascosto l'ardente desiderio di liberarsi da un amore che li intralcia. Nella misura in cui aiutiamo il bambino, l'allievo, il paziente, a superare la reazione di identificazione e ad evitare i transfert per loro molesti, possiamo dire che ci è riuscito portare la loro personalità a un livello evolutivo più alto (Ivi, p. 423).

La stoccata per Freud, maestro e terapeuta di Ferenczi, giunge a segno. Freud si pronuncia in maniera sprezzante nei confronti di questo lavoro e del suo autore, che muore il 22 maggio del 1933, poco dopo l'uscita dello scritto che può essere considerato come il suo testamento scientifico.

Cari Gustav Jung (1875-1961)

L'incontro con Freud

primi contatti che Cari Gustav Jung ebbe con la psicoanalisi risalgono al 1906, anno in cui egli fece pervenire a Freud le sue *Ricerche sperimentali sulle associazioni di individui normali* (1904-05), scritto in collaborazione con Riklin, e in cui iniziò uno scambio epistolare tra i due. Nel 1907, dopo che Freud ebbe letto la *Psicologia della dementia praecox* (1907), il primo studio monografico di Jung, i due si conobbero di persona e nacque tra loro uno stimolante e fecondo sodalizio intellettuale i cui effetti si protrassero oltre la storica rottura del loro rapporto. Tuttavia, se seguiamo la lettura retrospettiva della loro collaborazione, proposta da Jung nel 1925 nel corso di un seminario e poi nel 1962 nella sua autobiografia, dopo che per lungo tempo la storia del rapporto tra i due autori era stata nota solo attraverso i resoconti e la versione di Freud, sembra che fin dall'inizio essi abbiano inteso la sostanza di quella collaborazione in modo assai differente: mentre Freud, come abitualmente gli capitava con tutti coloro che si accostavano con interesse alle sue teorie, considerò Jung come un discepolo, anzi come il discepolo prediletto a cui affidare un giorno la guida del movimento psicoanalitico e la custodia deH'ortodossia, aspettandosi da lui un'accettazione senza risene di tutti gli aspetti della dottrina, Jung considerava piuttosto il loro rapporto come un libero scambio di idee, una collaborazione che ammettesse anche le diversità, e Freud come uno stimatissimo interlocutore, investito sicuramente dei tratti della figura patema ma non certo di quelli del maestro indiscutibile custode dell'unica verità. In altre parole, Jung pensava di essere arrivato all'incontro con Freud e le sue idee seguendo un proprio percorso che intendeva proseguire senza che questo significasse sottomettersi a dogmi non condivisi, come quelli della teoria sessuale. Il legame con Freud portò Jung ad occupare una posizione di rilievo come membro del movimento psicoanalitico negli anni compresi tra il 1909 e il 1913, ad essere insignito della carica di presidente dell'Associazione psicoanalitica intemazionale e di direttore esecutivo dello "Jahrbuch", il primo periodico di psicoanalisi. In ossequio alla sua adesione alle idee di Freud e al movimento che attorno ad esse si era costituito, Jung, a partire dal 1910, tenne un corso di lezioni all'Università di Zurigo dal titolo *Introduzione alla psicoanalisi,* ma fin dall'inizio non esitò a manifestare e sostenere una sua visione personale dei fondamenti teorici della psicoanalisi, che implicava alcune sostanziali divergenze rispetto a Freud, come apparve evidente nelle conferenze da lui tenute a New York nel 1912. Allo stesso anno risale anche la pubblicazione di *Trasformazioni e simboli della libido,* opera ripubblicata nel 1952 con il titolo *Simboli della trasformazione,* attraverso la quale si realizzò il suo definitivo distacco teorico e personale da Freud, anche a seguito delle critiche che questi mosse a quelle che considerava come deviazioni misticheggianti dall'asse dottrinario della psicoanalisi, radicato nella concezione sessuale della libido.

Il dissenso da Freud sul concetto di libido

In *Simboli della trasformazione*, Jung, riportando i risultati teorici della sua pluriennale riflessione sulla psicosi, enuncia alcuni concetti che diventeranno i riferimenti fondamentali della sua prospettiva psicologica. Innanzitutto dà alla libido un significato diverso da quello di Freud per il quale la libido era, come abbiamo visto, l'«immenso serbatoio» dell'energia sessuale. Per Jung la libido designa in generale l'energia psichica di cui la sessualità è soltanto una delle manifestazioni possibili. Come tutti quei concetti che designano fenomeni la cui intima natura ci è sconosciuta, così anche il termine libido, che designa l'energia di tutti i fenomeni psichici, è per Jung sostanzialmente una metafora, un'idea che può essere accostata, in termini filosofici, alla Volontà secondo Schopenhauer. Ciò che il termine libido designa è quindi una generica tensione verso qualcosa, che caratterizza i fenomeni psichici. La sessualità è allora soltanto una delle possibili ramificazioni di quel fiume con cui Freud aveva raffigurato il flusso libidico nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (l905a, pp. 481 e 536). Jung intende la libido come «energia psichica» (espressione già usata in *Psicologia della Dementia Praecox)* e, correggendo la visione freudiana di un flusso ininterrotto che, come Freud dirà *ne\V Introduzione alla psicoanalisi,* «procede sin dall'inizio della vita, ma che noi scomponiamo, in certo qual modo artificialmente, in successivi e separati sbalzi» (Freud 1915 — 17, p. 497), la descrive come un fiume che scorre ramificandosi in una inesauribile varietà di attitudini e attività umane, tra cui anche ogni tipo di attività intellettuale o creativa, la fantasia, l'immaginazione, l'arte e l'espressione simbolica, senza che a proposito di tutte queste manifestazioni non sessuali si debba parlare di semplice sublimazione di una basilare pulsione sessuale. La libido è vista da Jung come un elemento fluido e mobile, capace di spostarsi, di differenziarsi, di costruire legami simbolici, rimandi, analogie fra esperienze in apparenza distanti e diverse, di creare dei nessi di significato al di là delle distinzioni concettuali della coscienza. D'altra parte anche la sessualità, in questa prospettiva, può assumere un valore metaforico e simbolico, cioè rimandare ad altri significati:

> Come è noto, il linguaggio dispone di un gran numero di metafore erotiche che vengono applicate ad argomenti che nulla hanno a che vedere con la sessualità; all'inverso, il simbolismo sessuale [ad esempio nei sogni] non comporta affatto che il tema che di esso si avvale sia di natura erotica (Jung 1912 - 1952, p. 22).

Le iniziali riflessioni sul nesso tra libido e espressione simbolica preludono, come vedremo, alla successiva maturazione di una concezione «ermeneutica» dell'energia psichica e di una concezione del simbolo e dell'attività simbolica della psiche che differiscono radicalmente dal modo in cui Freud le intendeva.

Jung propone già in *Simboli della trasformazione* la distinzione fondamentale tra due differenti modalità di espressione della libido, a seconda che questa venga rivolta al mondo esterno o che, per un ostacolo alla sua realizzazione estroversa, si rivolga all'interno del soggetto. In quest'ultimo caso Jung parla di «introversione della libido»: introvertendosi la libido risveglia le fantasie del mondo interno dell'individuo e produce un'immagine del mondo deformata in senso soggettivo. D'altra parte le produzioni immaginative del mondo interno soggettivo si esprimono attraverso modalità di pensiero mitico- arcaico, cioè le trame fantastiche individuali utilizzano temi, moduli narrativi ed espressioni simboliche che sono reperibili anche nelle fiabe e nei miti.

Queste due modalità della libido, Luna estrovertita l'altra introvertita, compresenti nello stesso soggetto, si realizzano rispettivamente in due stili di pensiero: il *pensiero indirizzato o logico* e il *pensiero non indirizzato, ovvero il sognare o fantasticare.*

> Un ragionamento molto serrato si svolge più o meno in forma verbale, come cioè se lo si volesse esporre, renderne edotto e convincerne qualcuno. Esso si rivolge manifestamente del tutto verso l'esterno. Secondo questo criterio, il pensare indirizzato o logico è un pensare la realtà, un pensare cioè che si adatta alla realtà e attraverso il quale, in altri termini, imitiamo la successione delle cose obiettive e reali, in modo che le immagini sfilano nella nostra mente nel medesimo ordine rigorosamente causale degli avvenimenti che si verificano fuori di essa (Ivi. p. 25).

Questa forma del pensare è particolarmente sviluppata nella cultura occidentale, è alla base della scienza e della tecnica e della comunicazione verbale.

Il pensare non indirizzato è invece, come sosteneva James che Jung riprende, «puramente associativo» (Ivi. p. 31):

[...] questo pensare non comporta fatica, si distacca dalla realtà per perdersi in fantasie concernenti il passato e il futuro [...] finisce il pensare formulato con parole, le immagini si serrano alle immagini, i sentimenti ai sentimenti in successione ininterrotta, e sempre più chiaramente emerge una tendenza volta a creare e a disporre ogni cosa non secondo i dettami della realtà, ma come noi forse vagheggeremmo che fosse (Ivi, pp. 31-32).

Il pensiero non indirizzato è caratterizzato quindi dalla capacità dell'energia psichica di assemblare associativamente intuizioni, impressioni, esperienze di natura diversa, apparentemente non finalizzate in modo diretto alla concettualizzazione del l'esperienza concreta, all'operatività e alla progettualità immediata del soggetto.

Ha dunque la stessa organizzazione del sogno che, come Nietzsche afferma in un passo di *Umano troppo umano* [I, 13] citato per esteso da Jung, «ci riporta indietro in remoti stadi di civiltà umana» e torna a funzionare nelle lacune e nelle involontarie interruzioni del pensiero logico indirizzato. I due tipi di pensiero non sono quindi del tutto eterogenei e non si escludono reciprocamente, ma sono le tonalità estreme, i poli di un'oscillazione caratteristica della normale attività di pensiero. Il pensare non indirizzato, infatti, non è una modalità di per sé contrapposta a quella del pensiero logico e alla realtà che quest'ultimo descrive, è una modalità anteriore e più arcaica, preverbale e prerazionale, ma in questo senso più vicina ai «dati di fatto elementari», ai dati grezzi della sensazione e dell'impressione emotiva. La continua oscillazione del pensare tra le due modalità. Luna più centrata sulla coscienza, l'altra sull'inconscio, permette, secondo Jung, di postulare un'attività di continua correzione dei progetti coscienti da parte di una peculiare attività di pensiero dell'inconscio. «Le fantasie — scrive Jung — hanno una funzione di compensazione» (Jung 1912 — 1952, p. 39) rispetto, appunto, aH'orientamento assunto dalla coscienza nella formulazione dei suoi giudizi sulla realtà. Potremmo quindi considerare l'inconscio come una sorta di intelligenza diversa, cioè un'intelligenza che mantiene una sua autonoma capacità di giudizio sulla realtà, e che è determinata da percezioni e intuizioni proprie. Queste intuizioni dell'inconscio intervengono continuamente sui processi di pensiero della nostra coscienza razionale attraverso produzioni metaforiche che configurano una differente e a volte opposta visione della realtà.

In questa concezione è evidente l'influenza di una certa parte del pensiero romantico e della filosofia della natura, che induce Jung a vedere nell'inconscio un'innata e autonoma capacità di creare immagini, analogie, simboli, che non sono arbitrarie e irrazionali produzioni del soggetto, quanto piuttosto l'espressione di intuizioni inconsce che fanno emergere quegli aspetti del mondo che la coscienza, governata dai suoi progetti, fini e scopi, esclude dal proprio campo visivo. Questa intelligenza separata funziona, secondo Jung, utilizzando un repertorio di rappresentazioni simboliche che giacciono, allo stato potenziale, in una sorta di memoria collettiva o, come lui dice, di *inconscio collettivo* che contiene quelle *immagini primordiali* le quali costituiscono il patrimonio universale dei motivi mitologici fondamentali a cui tutte le culture hanno attinto per descrivere e dare significato alle esperienze cruciali e problematiche dell'esistenza soggettiva e sociale. Nell'intuizione, una percezione inconscia della realtà si fonde con un'immagine primordiale del repertorio innato e si esprime attraverso di essa: è questa l'origine delle immagini simboliche dei sogni e delle fantasie soggettive.

Fin dai tempi della loro collaborazione, la posizione di Freud sul tema della fantasia risulta essere opposta a quella di Jung. Per Freud infatti il bisogno di fantasticare dell'uomo permane come residuo dell'onnipotenza infantile, ma la fantasia allontana dalla realtà, mentre per Jung, come abbiamo visto, il pensiero fantastico non conduce verso l'irrealtà, ma anzi, amplia la visione convenzionale del pensiero indirizzato. La fantasia è per Freud un moto regressivo dietro al quale agisce il principio di piacere, è quindi una strategia difensiva volta ad eludere il principio di realtà. Nello scritto del 1907 intitolato *Il poeta e la fantasia,* Freud scrive «[...] l'uomo felice non fantastica mai; solo l'insoddisfatto lo fa. Sono desideri insoddisfatti le forze motrici delle fantasie, e ogni singola fantasia è un appagamento di desiderio, una correzione della realtà che ci lascia insoddisfatti» (Freud 1907, p. 376).

Vorrei ricordare, oltre all'influenza su Jung di autori come Goethe, Schelling e la filosofia della natura, Schiller, Schopenhauer, William James, Bergson, anche le suggestioni ricevute da Jung quando studiava a Basilea, dove frequentò assiduamente l'associazione culturale studentesca della Zofingia e dove ebbe modo di avvicinarsi a Bachofen, e a Burckhardt. Da quest'ultimo Jung riprese appunto il concetto di *Urbild*, «immagine primordiale» (Devescovi, 1995) espressione, come dicevamo, utilizzata inizialmente e forse, credo, più propriamente da Jung rispetto al termine «archetipo» - adottato a partire dal saggio intitolato *Intinto e inconscio* del 1919. Le espressioni dell'inconscio utilizzano dunque immagini primordiali o archetipiche, come quelle che appaiono nei sogni e nei miti.

La psiche complessa

Per quanto riguarda la formazione clinica di Jung, occorre ricordare che il suo interesse per la psicoanalisi fu direttamente sollecitato da Eugen Bleuler, direttore dell'ospedale psichiatrico Burghòlzli di Zurigo, dove Jung lavorò dal 1900 al 1909. In questo periodo Jung stava svolgendo una ricerca sulle associazioni verbali sotto la guida del suo direttore. In questa ricerca egli applicava un reattivo che consisteva nell'enunciare a un soggetto una sequenza di parole stimolo al quale il soggetto stesso doveva rispondere con la prima parola che gli veniva in mente; il tempo di risposta veniva misurato. Il reattivo era stato inventato da Galton, perfezionato da Wundt e introdotto in psichiatria da Kraepelin. Dato che Bleuler considerava come sintomo fondamentale della *dementia praecox*, nome che egli mutò in *schizofrenia*, proprio l'allentamento della tensione associativa, il suo allievo fu incaricato di applicare il reattivo a soggetti che erano in questa condizione patologica. Jung lo utilizzò in un modo particolare, seguendo una suggestione di Ziehen che aveva scoperto che il tempo di risposta aumentava quando la parola stimolo rappresentava qualcosa di spiacevole per il soggetto. Ziehen aveva scoperto inoltre che era possibile collegare le risposte ritardate ad un unico tema che egli aveva chiamato «complesso di rappresentazione a tonalità emotiva» o semplicemente «complesso». Jung dunque applicò il reattivo invece che per verificare le associazioni di idee, come aveva fatto Wundt, per mettere in risalto l'aspetto emozionale che collegava le parole e quindi le rappresentazioni che avevano prodotto risposte ritardate o comunque disturbate. Jung chiamò dunque *complesso a tonalità affettiva* quella costellazione di rappresentazioni e di tematiche che, in un individuo, erano collegate ad una precisa tonalità emotiva, capace di perturbare la coscienza. Scopri che nella dementia praecox i complessi assumono una forma fissa e proiettata, divengono quindi allucinazioni uditive (le voci) o visive, oppure, come accade nelle sedute medianiche e nei fenomeni di possessione, assumono la forma di spiriti che possono prendere possesso dell'individuo. A questo proposito riconobbe il suo debito nei confronti del concetto di idee fisse di Janet, degli studi di quest'ultimo e di Morton Prince sulle personalità multiple. Da queste esperienze egli ricavò infatti l'immagine di una *psiche dissociabile*, non solo nella dimensione patologica ma anche in quella normale (Jung 1947-1954, pp. 192193). Anche nell'individuo normale la psiche è complessa, formata da una molteplicità di complessi relativamente autonomi, di coscienze parziali, di subpersonalità: anche l'Io è un complesso o meglio «un complesso di rappresentazioni che per me costituisce il centro del campo della mia coscienza e che mi sembra possedere un alto grado di continuità e di identità con se stesso» (Jung 1921, p. 467). L'inconscio si configura allora come una coscienza multipla e se l'immagine prevalente della coscienza è quella della luce, occorre «pensare alla coscienza dell'Io come a un qualcosa circondato da molte piccole luminosità» (Jung 1947-1954, p. 208). Nelle condizioni di normalità il complesso deH'Io ha la supremazia sulle altre coscienze parziali.

I complessi non sono assolutamente di natura morbosa - scrive Jung -, bensì caratteristici *fenomeni vitali della psiche* [...] I complessi sono infatti, per esprimerci propriamente, le *unità viventi della psiche inconscia*, di cui possiamo conoscere esistenza e natura soltanto loro tramite (Jung 1934. p. 117).

Essi trovano una rappresentazione plastica nei personaggi che popolano i nostri sogni e nelle emozioni che accompagnano i sogni e rimangono al nostro risveglio. Ma può accadere che un complesso invada la coscienza, se ne impossessi, escludendo momentaneamente il complesso dell'Io. In questo caso

il soggetto sarà dominato da quel complesso, mentre, nel linguaggio corrente, diciamo che noi "abbiamo dei complessi";

[...] che invece i complessi *abbiano noi* è cosa meno nota, ma dal punto di vista teorico ancora più importante. L'ingenua pretesa dell'unità della coscienza, la quale viene identificata con la “psiche", e della supremazia della volontà, è infatti posta seriamente in dubbio dall'esistenza del complesso (Ivi, p. 112).

Ogni complesso è condizionato da circostanze esterne e da determinanti costitutive dell’individuo. Per fare qualche esempio di complesso, possiamo citare, oltre a quello dell’Io, quello materno: concorreranno a formarlo determinanti esterne, cioè le esperienze relazionali nella famiglia, le peripezie del «romanzo familiare», le influenze dei genitori, le identificazioni con essi, ecc., e determinanti interne cioè intrinseche e soggettive modalità relazionali, affettive, cognitive dell'individuo. Oppure il «complesso di potenza» definito in *Tipi psicologici*.

[...] l’insieme di tutte quelle rappresentazioni e di quelle aspirazioni che tendono a collocare l'Io al di sopra di altre influenze e a subordinare queste all’Io, sia che tali influenze provengano da uomini e da situazioni, sia che esse provengano da impulsi, sentimenti e pensieri propri, soggettivi (Jung 1921, p. 431).

La varietà dei possibili complessi è praticamente illimitata e soggettivamente specifica, coincide quindi con i temi nucleari, consci o inconsci, che concorrono alle dinamiche della psiche individuale. Inoltre vi sono complessi che sembrano costellarsi nel momento in cui nell'inconscio si annuncia qualcosa di nuovo, un possibile cambiamento a cui il soggetto sta andando incontro.

Tornando all’incontro di Jung con la psicoanalisi e con Freud, non vi è dubbio che il primo apprezzasse in modo particolare la pratica delle libere associazioni, a cui riteneva di aver fornito una conferma sperimentale con i suoi esperimenti associativi, nonché il concetto di ricordo traumatico in Freud. Questo completava le teorie che Jung aveva scelto come riferimenti teorici delle proprie sperimentazioni e della propria teoria dei complessi autonomi (prima di Freud, ricordiamo, le idee fisse di Janet e i complessi di rappresentazioni a tonalità affettiva di Ziehen).

Ma già nella prefazione alla *Psicologia della dementia praecox*, cioè nel 1907, Jung precisa:

La lealtà nei confronti di Freud non significa, come molti temono, una incondizionata sottomissione a un dogma; si può benissimo conservare un giudizio indipendente. Se io per esempio riconosco i meccanismi complessuali del sogno e dell’isterismo, ciò non significa affatto che io attribuisca al trauma sessuale infantile l’importanza decisiva che Freud evidentemente vi annette; altrettanto poco che io ponga la sessualità così fòrtemente in primo piano o che le aUribuisca addirittura l'universalità psicologica che Freud postula [...] (Jung 1907, p. 12).

Due differenti epistemologie

L'influenza degli studi e della pratica clinica di Bleuler, delle sue teorie sulla schizofrenia e del suo metodo di lavoro deve essere stata per Jung decisiva. Come ricorda Ellenberger, Bleuler richiedeva ai suoi medici «un impegno di lavoro indefesso e una devozione illimitata per i pazienti» (Ellenberger 1970, p.770) e questo rispetto per il senso e la sofferenza delle produzioni deliranti degli schizofrenici e per la loro esperienza interiore divenne uno dei tratti distintivi dell’approccio junghiano alla psicoterapia cosi da rendere comprensibile l’opposizione di Jung a qualunque forma di riduzionismo interpretativo come quello praticato nell’ambito della psicoanalisi freudiana. Il clima intellettuale da lui respirato prima a Basilea, nell’associazione della Zofmgia, e poi a Zurigo nella clinica di Bleuler, era sempre stato connotato da una notevole apertura al confronto tra posizioni e prospettive disciplinari diverse, ma anche da una precisa istanza di autonomia nell’elaborazione e nello sviluppo di idee proprie a partire dagli stimoli recepiti. Quando attorno a Jung e Bleuler si costituì il gruppo psicoanalitico di Zurigo, i membri non si sentivano vincolati ad alcuna ortodossia, meno che mai al controllo esercitato da Freud sulla corretta interpretazione dei principi della psicoanalisi che aveva fatto invece intravedere agli zurighesi un nuovo orizzonte di libero confronto sui fenomeni psichici.

Un altro fattore, nella formazione di Jung, fu determinante per la sua contrapposizione al dogmatismo freudiano e cioè la passione che Jung aveva sempre nutrito per la lettura di Nietzsche ed in particolare del suo *"Zarathustra"* a cui Jung successivamente dedicò un lungo seminario tenuto a Zurigo dal 1934 al 1939. Fu proprio dalle critiche di Nietzsche alle pretese di verità della conoscenza scientifica, che Jung ricavò una personale concezione "prospettivistica" della conoscenza psicologica, concezione che occorre qui riassumere, citandone alcune formulazioni più tarde nelle opere di Jung rispetto al periodo della sua separazione da Freud, sia per evidenziare la prevalenza delle ragioni teoriche su quelle personali del suo dissenso dal dogmatismo freudiano, sia per il fatto che proprio il prospettivismo ha permesso che la teoria junghiana si arricchisse di contributi, ricerche, sperimentazioni che hanno portato alla realizzazione di metodi e tecniche non rigorosamente inquadrabili nel setting classico.

In *Umano troppo umano* Nietzsche sostiene che anche la scienza riposa su una fede e che non esiste una scienza che sia priva di presupposti. Questo concetto coincide con l'idea di Jung che le conoscenze scientifiche, ma soprattutto quelle psicologiche, siano basate su presupposti di carattere archetipico. Prima di riprendere l'argomento dobbiamo spiegare il concetto di archetipo a cui abbiamo soltanto accennato.

Gli archetipi «rappresentano probabilmente situazioni di vita tipizzate» (Jung 1937, p. 140). Sono, potremmo dire, temi esistenziali che fanno parte del patrimonio perenne dell'umanità, come dimostrano i miti che sono appunto narrazioni riguardanti temi archetipici. Gli archetipi costituiscono il corredo psichico ereditario individuale assieme agli istinti. Anzi tra istinti e archetipi vi è una relazione. Nello scritto *Energetica psichica,* pubblicato nel 1928, Jung, stabilendo appunto la correlazione tra istinto e archetipo, dice che ambedue sono caratterizzati da un'analoga «forza pulsionale», ovviamente non intendendo con questa espressione alcunché di collegato alla sola sessualità; l'archetipo però contiene la rappresentazione della *forma* di questa forza che appare - dice Jung citando Nietzsche — «come un fuoco divoratore» (Jung 1928, p. 68). Utilizzando questa espressione, l'Autore vuole sottolineare il potere dei presupposti e delle idee irrazionali sulla conoscenza: essi hanno la stessa forza di una pulsione quando si impadroniscono della coscienza. Nel già citato saggio del 1919 *Istinto e inconscio,* nel quale per la prima volta, come si è detto, appare il termine «archetipo», l'Autore definisce come «istintuali» tutti i comportamenti che corrispondono a processi inconsci (Jung 1919, p. 153). Così come gli istinti sono «forme tipiche dell'agire» *(ibidem),* gli archetipi «sono forme tipiche del capire *(Auffassen)*» (Ivi, p. 155). L'immagine archetipica, che va distinta dall'archetipo in quanto ne è la rappresentazione, mentre l'archetipo per definizione rimane inconscio, può essere quindi considerata come un'«autoraffigurazione dell'istinto» (Ivi, p. 154), cioè, in altri termini, è la raffigurazione di una forza, di una potenza psichica inconscia e della sua capacità di «afferrare» *(ergreifen)* la coscienza e quindi gli atteggiamenti e le conoscenze dell'individuo, costituendone il presupposto inconscio.

Possiamo, per chiarezza, portare ad esempio brevemente alcuni temi archetipici. L’archetipo dell’Eroe è caratterizzato da una vicenda che ricorre con poche varianti in vari contesti mitico religiosi: l’eroe è colui che discende agli inferi, sconfigge il potere delle tenebre e riporta alla luce il tesoro che queste custodiscono. E’ il tema mitico fondativo della coscienza individuale e della coscienza collettiva occidentale che si è sviluppata confrontandosi e sconfiggendo il potere divoratore dell’inconscio, la tenebra della inconsapevolezza. L’archetipo della Madre è contenuto in quel mito come potere divoratore dell'inconscio. Occorre ricordare che gli archetipi hanno sempre un’ambivalenza che consiste nella compresenza di aspetti positivi e negativi e che l’aspetto negativo è più facilmente costellato quando la coscienza è posseduta dall'archetipo, quando lo agisce senza la consapevolezza di essere in suo potere. Così se l’aspetto negativo dell’archetipo materno è il suo potere divoratore, l’aspetto positivo è costituito dalla fecondità, la generatività, il potenziale creativo, ecc. L'archetipo del fanciullo divino si esprime in immagini infantili che alludono all’imminenza di una cambiamento, della nascita del nuovo ma che, nel loro aspetto negativo, possono indicare l’infantilismo, il rifiuto di crescere e l’irresponabilità. L’archetipo del Vecchio Saggio che si manifesta in varianti immaginative di questo personaggio, allude sia alla saggezza che, nell’aspetto negativo, alla rigidità. Ecc. Se il soggetto è consapevole del tema archetipico che domina in quel momento le sue rappresentazioni e i suoi comportamenti, può trarne un utile materiale per un allargamento della coscienza e della consapevolezza di sé attraverso gli aspetti sia positivi che negativi dell’archetipo. Altrimenti la coscienza, come si è detto, è semplicemente dominata dall'archetipo e in questo caso ne agisce soprattutto l’aspetto negativo. Ad esempio una coscienza dominata dall’archetipo dell’Eroe tenderà ad essere autoreferenziale, ad escludere dal suo campo ogni idea che non sia stata da essa concepita e voluta e il relativo atteggiamento sarà la categoricità, l’assenza di sfumature, l'inconsapevolezza del corpo e del sentimento, ecc.

Perfino nelle scienze esatte, afferma Jung, gli archetipi agiscono come «radici di concetti ausiliari ineliminabili, quali quello di energia, di etere, di atomo» (Ivi, p. 155). Nello scritto del 1927 intitolato *La struttura della psiche,* Jung così ribadisce il concetto: «Tutte le più forti idee e rappresentazioni dell'umanità risalgono ad archetipi. Specialmente chiaro è ciò nelle idee religiose. Ma neppure i concetti centrali della scienza, della filosofia e della morale fanno eccezione» (Jung 1927-31, p. 176). L'archetipo che fonda e determina la convinzione, la concezione, il modo di comprendere la realtà o la teoria scientifica, è un presupposto irrazionale non riconoscibile né codificabile dalla coscienza perché agisce proprio dietro di essa condizionandola, determinando la "volontà di potenza" dei suoi giudizi - cioè la loro pretesa all'assolutezza e all'universalità - che sono pertanto sempre animati da una sorta di fondamento ideologico inconsapevole. Jung riprende quindi il paradosso formulato da Nietzsche nel primo aforisma di *Umano troppo umano:* «Come può qualcosa nascere dal suo opposto, per esempio il razionale daH'irrazionale [...]», per sottolineare la costitutiva paradossalità di ogni giudizio che pretenda di affermarsi come verità ultima: più è forte e ultimativa questa pretesa, più la volontà di potenza che in essa si esprime manifesta l'azione di una componente fortemente irrazionale, archetipica. Ogni conoscenza e interpretazione avvengono quindi sotto l'effetto di una *vis a tergo* (Jung 1928, p. 54) di natura sconosciuta la cui forma possiamo tuttavia cogliere intuitivamente attraverso analogie simboliche create dall'attività del nostro pensiero non indirizzato (vedi prima) che si esprime nei sogni e nella libera immaginazione. Cioè quando in un sogno o in una fantasia appaiono immagini archetipiche, siamo messi nella condizione di poter riconoscere l'archetipo che agisce sulla coscienza, di diventarne consapevoli e, proprio grazie alla consapevolezza di esso, di differenziarcene impedendogli di avere un potere totale sulla coscienza. Così facendo possiamo invece utilizzare le potenzialità immaginative, per il pensiero non indirizzato, che l'archetipo ci offre. In altre parole, attraverso il riconoscimento dell'archetipo possiamo liberarci del suo potere assoluto e invisibile sulla coscienza, possiamo quindi riconoscere i nostri atteggiamenti e comportamenti, le nostre concezioni che sono determinati dall'archetipo. Solo indirettamente, attraverso le rappresentazioni simboliche inconsce, noi arriviamo a poter costruire ipotesi interpretative sulla qualità dei presupposti della nostra attività cosciente e quelle produzioni simboliche, nel momento in cui l'inconscio le mette a disposizione della comprensione cosciente, indicano che quei presupposti stanno mutando e lasciano emergere nuove visioni potenziali, nuove possibili configurazioni degli stessi oggetti a cui si applicano. Quindi, la possibilità di formulare ipotesi sui presupposti si verifica solo quando non vi sia già più identità con essi, perché una situazione di vita mutata o eventi che non sono padroneggiabili attraverso i vecchi modelli di comportamento e le vecchie modalità di giudizio, richiedono proprio un cambiamento dei paradigmi fondamentali della coscienza.

Il simbolo appare nelle produzioni dell'inconscio nel momento in cui il cambiamento si rende necessario ed inizia a realizzarsi: in questo consiste, appunto, la peculiare creatività dell'inconscio che non è mera fantasticheria, ma capacità di dar forma ad un nuovo progetto esistenziale. Infatti il simbolo ha una doppia funzione: quella di farci comprendere i presupposti inconsci e quella di alludere a differenti possibili modi di orientare la nostra coscienza, i nostri giudizi e i nostri atteggiamenti.

E' chiaro, da quanto detto fin qui, come la polemica con Freud sulla natura sessuale o meno della libido si giocasse ad un livello ben più cruciale della presunta sessuofobia teorica di Jung e coinvolgesse piuttosto il tentativo, da parte di Jung, di modificare una concezione ancora naturalistica della psiche, in un atteggiamento fenomenologico ed ermeneutico di comprensione degli eventi psichici, con esplicito riferimento al pensiero filosofico che già dalla seconda metà dell"800 andava meditando sul significato dell'interpretazione nelle cosiddette "scienze dello spirito", cioè a Schleiermacher e a Dilthey. Questa differenza di impostazione della pratica psicoanalitica era forse dovuta, tra l'altro, alla diversa tipologia di pazienti frequentati dai due terapeuti durante il momento più formativo del loro percorso di pensiero, più inquadrabili nell'area delle nevrosi quelli di Freud, delle psicosi quelli di Jung.

Se, come abbiamo visto, secondo Jung è possibile far risalire anche i «concetti centrali» della scienza a presupposti inconsci, ciò è tanto più vero per i concetti psicologici perché dietro di essi è sempre possibile riconoscere l'equazione psichica personale del loro autore. Troviamo una conferma di questa idea di Jung nel fatto che sia la sua teoria che quella di Freud sono senz'altro riconducibili alla loro esperienza personale, quella dell'autoanalisi di Freud e quella, come vedremo, della "malattia creativa" di Jung, per usare un'espressione di Ellenberger. Il fondamento "narrativo" delle teorie psicoanalitiche è stato messo in luce da Hillman nel libro dedicato a questo tema *Le storie che curano* (Hillman, 1983). Scrive Jung: «La consapevolezza del carattere soggettivo di ogni psicologia, che è il prodotto di un singolo individuo, dovrebbe essere la caratteristica che mi distingue più rigorosamente da Freud» (Jung 1929-1950, p. 358). In base a questa constatazione della matrice soggettiva delle teorie psicologiche, sorge il problema della verità delle asserzioni psicologiche, che Jung così affronta:

Vorrei innanzitutto rinunciare completamente, ai fini del nostro uso psicologico, all'idea che noi uomini d'oggi si sia in grado di dire qualcosa di "vero" o di "giusto" sulla natura della psiche. Il meglio che possiamo dare è una *espressione veritiera.* "Espressione veritiera" vuol dire testimonianza e descrizione esauriente di ciò che è stato trovato soggettivamente [...] *espressione veritiera è forma di quanto è osservato.* [...] La nostra psicologia è la testimonianza di alcuni singoli individui più o meno felicemente formulata; e poiché essi sono più o meno tipici, la loro testimonianza può anche venir accolta come descrizione sufficientemente valida di moltissimi altri. [...] Ciò che Freud ha da dire sul ruolo della sessualità, del piacere infantile e del suo conflitto con il "principio di realtà", sull'incesto e simili, è in primo luogo la più autentica espressione della sua psicologia personale. E' un'espressione felicemente formulata di quanto da lui soggettivamente osservato. Io non sono un avversario di Freud, anche se la sua miopia e quella dei suoi discepoli mi vuole etichettare in tal senso. Nessuno psicologo dotato di esperienza può negare di aver visto almeno dozzine di casi la cui psicologia concorda in tutti gli aspetti essenziali con quella di Freud. Perciò Freud ha contribuito, proprio con la sua testimonianza più soggettiva, a portare alla luce una grande verità umana. Airadempimento di questo compito Freud, egli stesso esempio classico della sua psicologia, ha dedicato la sua vita e la sua opera. Il nostro modo di vedere è condizionato dal nostro essere. E dal momento che altri hanno una diversa psicologia, vedono anche le cose diversamente ed esprimono cose diverse. [...] Io miro invece a capire l'uomo in quanto sano, e a liberare anche il malato proprio da quella psicologia che Freud descrive in ogni pagina delle sue opere (Ivi, pp. 358-359).

Il prospettivismo di Jung non potrebbe essere espresso in forma più radicale di queste righe. L'ultima frase allude ad un'ulteriore differenza tra Freud e Jung, a un diverso modo di concepire l'inconscio. Questo infatti non è per Jung soltanto il luogo del rimosso, quel territorio che deve essere progressivamente annesso alla coscienza, ma è anche una sorgente inesauribile di suggestioni, rovesciamenti dialettici dei punti di vista della coscienza, l'organo di una sensibilità differente che coglie aspetti che la coscienza esclude dal proprio campo e glieli restituisce in forma simbolico-metaforica. Dunque l'inconscio junghiano è il motore di processi trasformativi dell'individuo.

L'inconscio - scrive Jung - è un'imperscrutabile completezza di tutti i fattori psichici subliminali, una "visione totale" di natura potenziale. Esso costituisce il disegno completo da cui, di volta in volta, la coscienza estrae solo piccolissimi frammenti (Jung 1939, p. 561).

Ciò implica anche un diverso atteggiamento dell'interprete nei confronti dei contenuti dell'inconscio: egli deve tendere a guardare ai suoi contenuti non solo riconoscendo in essi delle rappresentazioni patologiche ma anche e soprattutto delle allusioni a potenzialità dell'individuo ancora non espresse e non realizzate.

Nello scritto del 1935 intitolato *Principi di psicoterapia pratica* Jung dette una definizione del processo terapeutico che esprime la sostanza del suo atteggiamento clinico:

La psicoterapia non è quel metodo semplice e univoco che in un primo tempo si credeva che fosse, ma si è rivelata poco a poco una sorta di "procedimento dialettico", un dialogo, un confronto fra due persone. La dialettica, originariamente l'arte di conversare degli antichi filosofi, servi ben presto a designare un processo creativo di nuove sintesi. Una persona è un sistema psichico che, quando agisce su un'altra persona, entra in interazione con un altro sistema psichico (Jung 1935, p. 7).

Questo «postulato» non deriva tanto, precisa Jung, da una riflessione teorica, quanto dal «riconoscimento che il materiale derivato daH'esperienza poteva prestarsi a interpretazioni differenti» o addirittura contraddittorie *(ibidem).*

Appare chiaro, innanzitutto, come queste affermazioni di Jung implichino l'abolizione deH'asimmetria istituita dalla psicoanalisi, tra il paziente animato soprattutto dalla resistenza e il terapeuta "chirurgo", interprete imperturbabile dell'inconscio del paziente. Il processo analitico appare invece come una co-costruzione dialettica dei significati.

Se, in quanto psicoterapeuta, assumo un atteggiamento autoritaristico nei confronti del paziente e pretendo di conoscere sia pur parzialmente la sua individualità o di potermi pronunciare validamente in merito, do solo prova di mancanza di critica, dal momento che non sono affatto in condizione di giudicare nel suo insieme la personalità del mio interlocutore. Su di lui posso pronunciarmi validamente solo in quanto egli si avvicina all'uomo in generale. Ma poiché tutto ciò che vive si presenta sempre soltanto in forma individuale, e su ciò che è individuale negli altri io posso sempre fare enunciazioni basate su ciò che trovo di individuale in me, corro il pericolo o di sopraffare l'altro o di soggiacere io stesso alla sua suggestione. Perciò se voglio curare la psiche di un individuo devo, volente o nolente, rinunciare a ogni saccenteria, a ogni autorità, a ogni desiderio di esercitare la mia influenza; devo necessariamente seguire un procedimento dialettico consistente in una comparazione dei nostri reciproci dati. Ma questo confronto sarà possibile soltanto se darò all'altro la possibilità di presentare il più perfettamente possibile il suo materiale senza limitarlo con i miei presupposti. Il suo sistema entrerà cosi in relazione con il mio e agirà su di esso. Quest'azione è l'unica cosa che io, in quanto individuo, posso legittimamente contrapporre al paziente [...] qualunque deviazione da quest'atteggiamento equivale a una terapia basata sulla suggestione, quel genere di terapia il cui principio è: "ciò che è individuale non significa nulla nella prospettiva di ciò che è generale" (Ivi, pp. 9-10).

Ogni procedura esplicativa infatti, prosegue Jung, «si basa su particolari presupposti psicologici e produce particolari risultati psicologici, difficilmente comparabili, talvolta addirittura incommensurabili» con quelli di altre procedure (Ivi, p. 6). Ciò significa anche che ogni asserzione sulla psiche dell'altro è inevitabilmente condizionata dalla psiche del terapeuta e dall'azione della psiche dell'altro sulla psiche del terapeuta. E al tempo stesso, che ogni fenomeno psichico può essere interpretato secondo prospettive diverse e talora opposte, tutte ugualmente valide. Con queste affermazioni Jung indebolisce il potere, l'arbitrarietà e le pretese di verità dell'intepretazione psicoanalitica che riduce i significati delle espressioni psichiche del paziente ai concetti che il terapeuta ricava dalle sue teorie, fino al punto di considerare l'interpretazione come un processo di costruzione di senso a cui partecipano la soggettività del paziente e quella del terapeuta in reciproca interazione. L'opinione del paziente sui propri contenuti non ha minor valore delle inferenze del terapeuta, cade dunque la pratica freudiana del sospetto che collocava paziente e terapeuta in una posizione asimmetrica quanto al valore veritativo delle loro affermazioni.

Non limitare l'altro con i propri presupposti non significa rinunciare ai postulati della propria teoria: «Il contrasto tra Freud e me si basa sostanzialmente sulla diversità dei postulati di principio. I postulati sono inevitabili, e poiché sono inevitabili non bisognerebbe mai fingere di non averne» (Jung 1929-1950, p. 364) scrive Jung ricordando come lo scarso interesse di Freud per la filosofìa lo avesse portato a rinunciare a qualunque considerazione di ordine epistemologico e critico sui fondamenti soggettivi dei propri assunti teorici basati appunto su una sua visione della vita psichica. Autoreferenzialita e dogmatismo sono i rischi che una teoria psicologica corre quando non si riconosce come una delle tante possibili prospettive di osservazione dei fenomeni psichici ma pretende di essere oggettiva e di pronunciare verità assolute sulla psiche. Le varie prospettive psicologiche, differenti e in contrasto tra di loro, dimostrano, proprio per questa loro molteplicità, di essere "concezioni" (Jung 1928, p. 31) che corrispondono ad «atteggiamenti psicologici fondamentali» *(ibidem).* Questo relativismo si traduce poi in un atteggiamento teorico radicalmente antidogmatico e prospettivistico che giunge a considerare i vari paradigmi psicologici come altrettanti modi della psiche di interpretare se stessa, tutti ugualmente validi per costruire una visione multiprospettica della psiche, ma anche singolarmente incapaci di spiegare la globalità dei fenomeni psichici.

Il fatto è, secondo Jung, che le teorie psicologiche servono solo per costruire «ipotesi» interpretative e ciò avviene attraverso il confronto dialogico con le teorie che il paziente ha su di sé e con le produzioni del suo inconscio. Le ipotesi così formulate valgono solo per l'effetto che hanno sul paziente: «Giungiamo cosi alla formulazione dialettica, la quale non significa se non che l'azione psichica procede dall'interazione di due sistemi psichici. E poiché l'individualità del sistema psichico è infinitamente variabile, ne risulta un'infinita varietà di asserzioni relativamente valide» (Jung 1935, p. 2).

Riguardo alla pretesa di verità di alcune teorie, come quella freudiana, Jung cosi si pronuncia:

[...] ogni assioma psicologico, cioè ogni verità che si riferisca alla psiche, deve, per diventare completamente vero, poter essere subito reversibile. Così per esempio si è nevrotici perché si rimuove o perché non si rimuove, perché si ha la testa piena di fantasie sessuali infantili, oppure perché queste non ci sono [...]. Queste antinomie (e si può continuare a piacere) mostrano chiaramente come il compito di creare una teoria in questo campo si presenti difficile e ingrato (Jung 1924-1946, p. 112).

Dunque una teoria è tanto più vera quanto più riconosce che le sue asserzioni, nel singolo caso, sono falsificabili da quelle di teorie esattamente opposte.

Il prospettivismo junghiano apre la strada ad un atteggiamento sempre più diffuso nella comunità psicoanalitica, e cioè la tendenza ad abbandonare posizioni dogmatiche ed esclusive per attingere, nel lavoro concreto con i pazienti, ad un'ampia varietà di modelli e prospettive applicate a seconda delle peculiarità del singolo caso che possono essere comprese meglio se il punto di vista dell'interprete è libero di spostarsi da una prospettiva all'altra. Resta ovviamente aperto il problema dell'integrazione dei vari modelli usati in un modo di osservazione coerente e non eclettico, seppur privo di rigidità e unilateralità, così come, in ambiente freudiano, ha sottolineato Bolognini: «[...] *senso deila complessità, articolazione* e *integrazione personalizzata* dei modelli sembrano far parte sempre più dell'assetto interno degli analisti d'oggi, permettendo il passaggio naturale alla relazione tra i modelli stessi ed evitando il rischio di relativismo culturale» (Bolognini, 2002, p. 23).

Tornando alle considerazioni epistemologiche di Jung, la possibilità che lo stesso evento psichico si presti ad interpretazioni opposte ugualmente valide, dipende, secondo l'Autore, dal carattere costitutivamente paradossale di ogni ipotesi psicologica, paradossalità che Jung arriverà a formulare in modo esplicito attraverso l'ardua argomentazione di un passo di *Determinanti psicologiche del comportamento umano* del 1937:

Dalla psiche procede assolutamente ogni esperienza umana e a lei ritornano infine tutte le conoscenze acquisite. La psiche è inizio e fine di ogni conoscenza. Anzi, essa è non soltanto l'oggetto della sua scienza, ma ne è anche il soggetto. Questa situazione eccezionale tra tutte le scienze implica da un lato un dubbio costante sulla sua possibilità in generale, dall'altro assicura un privilegio e una problematica che appartiene ai compiti più ardui di una filosofia futura (Jung 1937, p. 143).

Senza avventurarci nella densità e problematicità di queste parole di Jung, possiamo comunque raccoglierne l'indicazione che se la psiche è al tempo stesso oggetto e soggetto della conoscenza psicologica, questa peculiare e costitutiva condizione epistemologica invita il terapeuta sia ad una particolare prudenza nella formulazione delle sue ipotesi interpretative, sia ad un continuo riesame dei presupposti soggettivi in base ai quali quelle ipotesi sono state formulate. Si capisce così Taffermazione di Jung che, nella situazione analitica, il terapeuta è sia colui che interroga sia colui che viene interrogato: «il terapeuta entra in relazione con un altro sistema psichico come interrogante e come interrogato. Non è più colui che sa, giudica, consiglia; bensì partecipa al processo dialettico quanto colui che d'ora innanzi chiameremo paziente» (Jung 1935, p. 12).

Ciò significa che interrogare l'altro, produrre ipotesi interpretative sulla sua psiche, è una procedura che non lascia intatto e immune il soggetto interrogante, anzi lo costringe ad un continuo ritorno riflessivo e critico sul punto di vista adottato, ad una continua chiarificazione e revisione dei presupposti da cui quelle ipotesi sono nate.

Riassumendo brevemente quanto abbiamo fin qui detto su Jung, possiamo notare come l'aver abbandonato l'aspetto naturalistico-scientifìco della libido, abbia portato Jung a concepire i processi psichici come la risultante di una tensione tra opposti, ad esempio il punto di vista inconscio e quello cosciente, l'interpretazione come un procedimento dialogico-ermeneutico, una co- costruzione di significati a cui partecipano due sistemi psichici in interazione, e la conoscenza psicologica come un processo che ha validità soltanto alla luce di una consapevolezza critica dei presupposti della conoscenza stessa.

La “malattia creativa” e il confronto con l'inconscio

Il tennine dialettico, riferito al suo metodo analitico, ha anche un’altra accezione in Jung. Dialettico è infatti l'atteggiamento di ascolto dei contenuti dell’inconscio quando a questi contenuti la coscienza attribuisce un valore adeguato e pari a quello dei pensieri che essa stessa produce. Il pensiero non indirizzato, cioè i sogni e le fantasie, ha dunque non solo uguale dignità di quello indirizzato, ma è caratterizzato da una progettualità che spesso interferisce con quella cosciente indirizzandola verso mete e finalità più adeguate alla situazione di vita e alle potenzialità del soggetto. Come Jung ripete instancabilmente, solo dal continuo confronto dialettico con le compensazioni e correzioni dell’inconscio, solo attraverso la continua integrazione delle percezioni inconsce, che non sono entrate ancora nello scenario cosciente perché comportano modificazioni sostanziali di schemi e atteggiamenti coscienti, l'individuo può realizzare pienamente le sue capacità di affrontare situazioni di vita nuove e difficili e può evitare di entrare in conflitto con le richieste più sottili e meno visibili della vita o con quelle del suo inconscio.

Alla tesi dell’attività compensatoria dell'inconscio, è complementare l’altra tesi fondamentale, cioè che quella attività sia orientata finalisticamente, abbia quindi come meta la trasformazione del soggetto, troppo centrato sulle sue certezze coscienti, in un soggetto più aperto alla modulazione dei suoi stati interiori e dei suoi orientamenti in relazione ai cambiamenti della realtà esterna e alla complessità delle sue esperienze di vita. La necessità di una comprensione finalistica delle produzioni simboliche dell’inconscio rende ancora più evidente l'inadeguatezza di un atteggiamento interpretativo riduzionistico, in base al principio già precedentemente enunciato secondo il quale se «ciò che è individuale non significa nulla nella prospettiva di ciò che è generale» è altrettanto vero l’opposto, per cui interpretazioni che riconducono i fenomeni psichici a categorie generali, non ne colgono la valenza e la prospettiva per quel particolare individuo a cui l'interpretazione è applicata.

Questa modalità di rapporto dialettico tra coscienza e inconscio fu sperimentata personalmente da Jung nel momento più difficile ma anche più creativo della sua esistenza.

Dopo la rottura con Freud, Jung visse infatti un lungo periodo di grande incertezza e instabilità psichica, che cercò di fronteggiare attraverso una sorta di autoterapia consistente in un lavoro di sperimentazione sul proprio inconscio.

Non più convinto che in quest'ultimo si trovassero solo rappresentazioni rimosse, cosi come sosteneva Freud, Jung tentò, con lo scopo di ampliare le sue conoscenze, di sondare quella dimensione sconosciuta con un lavoro di indagine su se stesso a partire dagli eventi psichici e dalle intense produzioni inconsce che caratterizzarono questo momento di crisi dopo la fine del rapporto con il suo grande interlocutore. L’importanza di questo momento per la sua vita successiva ma anche per la sua avventura intellettuale, è testimoniata dalle parole di Jung riportate nella sua autobiografia curata da Aniela Jaffé e intitolata *Ricordi, sogni, riflessioni di C.G. Jung:*

> Tutte le mie opere, tutta la mia attività creatrice è sorta da quelle iniziali fantasie, e dai sogni che cominciarono nel 1912, circa cinquanta anni fa. Tutto ciò che in seguito ho fatto nella mia vita vi era già contenuto, anche se dapprima solo in forma di emozioni e di immagini (Jung 1961, p. 236).

Oltre ad essere il resoconto di un’avventura interiore, l’autobiografia di Jung è la testimonianza di una delle sue tesi fondamentali che abbiamo precedentemente discusso e cioè quella del potere creativo dell'inconscio, il suo essere il luogo della potenzialità e della latenza di idee contenute in esso allo stato gemiinale e destinate a prendere forma prima attraverso immagini, simboli, e successivamente attraverso pensieri, se l’atteggiamento della coscienza verso le produzioni dell'inconscio è quello di attenzione e di ascolto.

A conclusione del capitolo VI dell'autobiografia, intitolato *A confronto con /'inconscio*, quello in cui Jung racconta della sua malattia creativa, egli ribadisce l’importanza di questo periodo della sua vita:

Gli anni più importanti della mia vita furono quelli in cui inseguivo le mie immagini intenie. In quegli anni si decise tutto ciò che era essenziale; tutto cominciò allora. I dettagli posteriori sono solo completamenti e chiarificazioni del materiale che scaturì dall'inconscio, e che da principio mi travolse nelle sue onde: ma fu esso la materia prima di un lavoro che durò tutta la vita (Ivi, p. 244).

Jung, dopo la rottura con Freud, si sentiva dunque smarrito e oppresso e arrivò perfino a temere di poter essere afflitto da qualche disturbo psichico, quando il lungo periodo di disorientamento sfociò in un'incessante produzione di fantasie, sogni e allucinazioni. Inizialmente - egli racconta - seguendo le consuetudini dell'introspezione psicoanalitica a cui aveva fino ad allora aderito, ricercò l'origine di questo stato d'animo cupo e depresso nel suo passato, ripercorrendo la sua intera vita nel tentativo di riportare alla memoria tutti i particolari significativi che potessero aiutarlo nell'attribuzione di un senso a quanto gli stava accadendo. Risultato vano questo tentativo, decise di limitarsi a registrare tutte quelle produzioni dell'inconscio che affollavano la sua mente, senza cercare di attribuire loro un significato preciso o di resistere a questo afflusso, solo sperando che tutto quanto emergeva potesse avere un senso per lui e producesse di per sé una qualche forma di consapevolezza e di comprensione del suo stato interiore (Jung 1961, p. 215). Era il dicembre del 1912. Tutto ciò ebbe innanzitutto una conseguenza importante sul suo modo di lavorare con i pazienti, come Jung stesso racconta:

Dopo la rottura con Freud cominciò per me un periodo di incertezza interiore, anzi di disorientamento. Mi sentivo letteralmente sospeso, poiché non avevo ancora trovato un punto d'appoggio. Avvertivo soprattutto la necessità di assumere un nuovo atteggiamento verso i miei pazienti. Risolsi, per il momento, di non fondarmi su presupposti teorici, ma di stare a sentire ciò che mi avrebbero detto essi stessi. Mi proposi cosi di affidarmi alla sorte. Il risultato fu che i pazienti mi venivano a riferire spontaneamente i loro sogni e le loro fantasie, e io mi limitavo a chiedere: "Che cosa vi viene in mente in rapporto a ciò?", o "Come lo spiegate?", "Da che cosa deriva?". Sembrava che le interpretazioni scaturissero da sole dalle spiegazioni e dalle associazioni dei pazienti. Evitavo ogni presa di posizione teorica, e mi limitavo ad aiutarli a capire le immagini oniriche da soli, senza applicare regole (Ivi, p. 212).

E' anticipato e riassunto in quelle domande l'atteggiamento di *epoche*, di sospensione del giudizio, potremmo dire di "ascolto rispettoso" (Nissim Momigliano, 2001, p. 189), che costituisce l'essenza di quel metodo "dialogico" junghiano di cui abbiamo precedentemente parlato. Solo più tardi, come abbiamo visto, Jung lo ha teorizzato dopo averlo praticato a partire dal momento di svolta nella sua attività di psicoterapeuta.

Tornando alla sua esperienza di confronto con ('inconscio, dopo la decisione di abbandonarsi «agli impulsi dell'inconscio» (Jung, 1961, p. 215) Jung riferisce che, in associazione ad alcuni fantasie e sogni in cui apparivano persone morte, Jung fu sorpreso dal piacere suscitato dal ricordo. C'era una creatività infantile che cercava di riemergere. Non gli restava quindi che ascoltare questa esigenza. Nonostante ritenesse umiliante e doloroso mettersi a giocare come un bambino alla sua età, fu proprio quello che fece e, superando le iniziali resistenze, s'incamminò lungo la riva del lago di Zurigo, raccogliendo sassi adatti a costruire prima delle casette, poi un castello e infine un intero villaggio, con la chiesa e l'altare. Tutti i giorni, subito dopo pranzo, continuava a costruire il suo villaggio, sospendendo il gioco al sopraggiungere dei clienti, per riprenderlo poi a fine giornata. Fu proprio costruendo il villaggio che Jung potè lentamente ritrovare l'equilibrio perso, entrando in contatto con emozioni, ricordi, immagini profonde e sogni. «La costruzione era solo un principio; essa dava libero corso ad una fiumana di fantasie che poi annotavo attentamente» (Ivi, p. 216).

Le sue prime sperimentazioni consistettero dunque nell'abbandonarsi completamente alle fantasie che sopraggiungevano non appena allentava la coscienza vigile e nell'annotare poi ogni fantasia, immagine, personaggio, che emergeva dal suo inconscio. Per raccogliere tutto ciò che la sua immaginazione gli proponeva, Jung si sen i non solo della scrittura, ma anche di altri strumenti di rappresentazione come la pittura o la scultura ed inoltre non dimenticava mai di appuntare tutti i sogni, accompagnandoli in certi casi con i rispettivi disegni. Si sentiva confortato e spinto a superare le iniziali incertezze, dalla convinzione di compiere un'impresa utile oltre che a se stesso, anche ai suoi pazienti. Non avrebbe infatti potuto aiutare i suoi pazienti a compiere lo stesso percorso, se non immergendosi totalmente nella sua esperienza e nell'esplorazione del proprio materiale fantastico.

Le sue fantasie lo portarono in un immaginario mondo sotterraneo dove incontrò prima il vecchio Elia, profeta biblico, un esempio di quella che divenne poi nella teoria di Jung l'immagine archetipica del Vecchio Saggio, poi Salomè, una donna cieca, che rappresentava l'eros, e infine Filemone. Quest'ultima figura, che divenne per lui una sorta di guida spirituale che lo accompagnò per molto tempo, rappresentava un'intelligenza superiore, una figura misteriosa, una personalità distinta da lui con la quale intraprendeva lunghe discussioni immaginarie apportatrici di idee illuminanti. Uno degli episodi più singolari dell'esperimento che Jung aveva intrapreso si colloca nel momento in cui, colto dal dubbio, si domandò se quello che stava compiendo potesse essere considerato scienza o meno. E in quel momento udì la voce di una donna rispondere che ciò che egli stava facendo era "arte". Ci fu una conversazione con questo personaggio immaginario, al termine della quale Jung scoprì la componente femminile della sua psiche che rappresentava una parte archetipica dell'inconscio deiruomo e definì tale aspetto la sua «Anima», mentre chiamò «Animus» la figura corrispondente, maschile, nell'inconscio della donna. L'Anima è stata considerata da Jung, tra i vari significati che ad essa ha attribuito, come la funzione mediatrice tra la coscienza e l'inconscio o, in altri termini, il «messaggero dell'inconscio» che appare nei sogni e nelle fantasie attraverso diverse rappresentazioni simboliche a seconda del contenuto o dell"impatto emotivo del messaggio.

All'esperienza della malattia creativa di Jung si rifa direttamente un fondamentale costrutto junghiano, quello di *funzione trascendente.*

La funzione trascendente

La questione della raffi gurabilità dei contenuti inconsci attraverso strumenti artistici e quindi la problematica del rapporto tra psicologia e arte, ha occupato la riflessione teorica di Jung fin dagli anni della sua crisi come è dimostrato dal fatto che lo scritto relativo alla questione suddetta, intitolato *La funzione trascendente*, risale nella sua prima stesura al 1916, anche se fu pubblicato solo nel 1957 e subì una revisione finale nel 1958. E' in questa versione che qui lo consideriamo, ma ne riconosciamo chiaramente i presupposti nell'esperienza di "malattia creativa" iniziata nel 1912. «Con il nome *di funzione trascendente* — scrive Jung - non si deve intendere niente di misterioso, di sovrasensoriale o di metafisico, per così dire, bensì una funzione psicologica che [...] risulta dall'unificazione di contenuti consci e contenuti inconsci» (Jung 1916-1958, p. 83).

Come abbiamo visto, secondo Jung raramente la coscienza e l'inconscio vivono le medesime esperienze in maniera del tutto coincidente e quando il divario tra loro diviene una contrapposizione o un conflitto si verifica il rischio che la tensione, nell'individuo, si trasformi in un disturbo psichico. D'altra parte questa eventualità, secondo l'Autore, è strettamente connessa allo sviluppo culturale del mondo occidentale. Jung afferma che la coscienza dell'uomo civilizzato e moderno si è separata dagli istinti e che questi ultimi, avendo perso il contatto con la coscienza, sono costretti ad esprimersi in modo indiretto. Quando la vita istintuale entra in conflitto con le intenzioni coscienti o quando queste entrano in conflitto con la situazione concreta di vita del soggetto, si ha un'introversione della libido, cioè questa cessa di fluire verso il mondo esterno e si rivolge a quello interno. Le istanze dell'inconscio che vengono sollecitate dalla libido introvertita possono manifestarsi attraverso una nevrosi o per mezzo di inconvenienti di vario tipo, come stati d'animo inspiegabili, atti mancati e lapsus. Quella dimensione che noi chiamiamo "psiche" individuale, e che nella nostra cultura viene spesso fatta coincidere con la coscienza, di fatto risulta da una complessità di fattori, buona parte dei quali inconsci e l'equilibrio, nella complessità, è possibile solo a condizione che l'individuo si impegni ad integrare gli aspetti consci con quelli inconsci della sua vita psichica. Ciò, come abbiamo visto, significa accettare il confronto, in termini dialettici, con le istanze inconsce, esporsi alla funzione compensatoria dell'inconscio in modo tale da evitare che quelle stesse istanze aprano un conflitto insanabile con la coscienza e la cultura alla quale questa appartiene. Ciò non significa semplicemente, come per Freud, conoscere l'inconscio per sottometterlo alla coscienza ed estendere il dominio di questa sull'area pulsionale, volgendo il tradizionale conflitto cultura (civiltà)/natura verso il trionfo della prima sulla seconda, bensì riconoscere l'inconscio come l'altra parte di noi stessi, il luogo stesso di germinazione di tutti i nostri possibili pensieri coscienti. La concezione junghiana dell'inconscio differisce infatti da quella freudiana sia per quanto riguarda il concetto di funzione compensatoria, sia per il fatto che l'inconscio è concepito come caratterizzato da due dimensioni temporali, il passato e il futuro, nel senso che, oltre ad essere il deposito delle esperienze passate, personali ma anche collettive, secondo Jung contiene i germi del nostro possibile futuro, le prefigurazioni della meta del nostro processo di sviluppo psichico, e idee allo stato latente, potenziale o, come direbbe Bion. pensieri in cerca di un pensatore.

Una parte dell'inconscio è dunque composta secondo Jung da pensieri, impressioni, immagini che, pur essendo temporaneamente dimenticate, continuano ad influenzare la nostra mente conscia seguitando ad esistere nella sua zona d'ombra. Alcune delle nostre idee e dei nostri vissuti perdono via via la loro energia emotiva e divengono subliminali, vale a dire non ricevono più la nostra attenzione cosciente e rimangono sotto la soglia della memoria. Tuttavia le idee e le esperienze dimenticate possono spontaneamente riemergere dal livello subliminale in qualsiasi momento e riaffacciarsi alla coscienza anche dopo molti anni di oblio. A questo proposito Jung parla di inconscio personale.

Un'altra parte dell'inconscio, certamente la più ardua da teorizzare e che Jung chiama inconscio collettivo, presente in ogni individuo, appare invece costituita da contenuti che non possono definirsi dimenticati perché in realtà non sono mai stati consci e non sono mai stati pensati o semplicemente vissuti, ma che prendono forma via via che certe potenzialità latenti nell'inconscio acquisiscono attualità perché suscitate dalla situazione di vita del soggetto e dalla dinamica di compensazione con l'unilateralità della posizione cosciente, proprio in rapporto a quella situazione. A differenza di Freud che spiegava tutta la vita inconscia sulla base del processo di rimozione e di altri meccanismi di difesa, Jung descrive l'inconscio come contenente, oltre alle tracce mnestiche del passato, anche potenzialità di pensieri completamente nuovi. La funzione complementare che l'inconscio esercita nei confronti della coscienza consiste proprio in questo, cioè nel correggere il pensiero cosciente con la produzione di nuovi contenuti che possono essere anticipazioni e prefigurazioni di possibili sviluppi futuri di personalità. Infatti, come abbiamo detto, solo le percezioni compatibili con l'atteggiamento cosciente possono divenire rappresentazioni nella coscienza. Questa si fonda perciò sul fatto che «ambiti enormi di possibili rappresentazioni *(Vorstellungen)* sono costantemente eliminati» poiché «un aumento del contenuto simultaneo produce immediatamente uno stato crepuscolare della coscienza *(Bewusstseinxdàmmening)*, anzi, confusione fino al disorientamento. La coscienza stessa non richiede soltanto, bensì è, conformemente alla sua essenza, rigorosissima limitazione al poco e quindi al distinto» (traduciamo dal testo originale perché non del tutto corrispondente alla

traduzione italiana delle Opere: Jung, 1939, *Vonvort zu Suzuki, "Die grosse Befreiung. Einfuhrung in den Zen Buddhismus, Gesammelte IVerke,* Walter- Verlag, 1963-1978, voi ll,p. 595).

Le principali caratteristiche dell'attività cosciente sono quindi la *determinatezza* e la *direzionalità* (Jung 1916-1958, p. 84) attraverso le quali è garantita la selezione degli stimoli assimilabili ai suoi schemi, ma attraverso le quali tuttavia viene anche costruita una visione unilaterale delle cose. *«L'unilateralità è* una caratteristica inevitabile, perché necessaria, del processo direzionato, poiché direzione è unilateralità» (Ivi, p. 85) e dato che i giudizi della coscienza si basano sul già noto e già sperimentato, unilateralità significa anche esclusione della possibilità che emergano nuove visioni delle cose e nuovi pensieri, cioè la coscienza è limitazione al già conosciuto e al già pensato.

Ma se il campo della coscienza è limitato "al poco" e "al distinto", la funzione psichica *de\V intuizione* ripropone, prima a livello percettivo poi a livello di rappresentazione e di pensiero, quegli elementi che, popolando la zona periferica esclusa dallo spazio cosciente *(la fringe ofconsciousness,* come Jung la chiama citando James), costituiscono la visione potenzialmente completa dell'inconscio. L'intuizione è dunque «quella funzione psicologica che trasmette le percezioni *per via inconscia.* Tutto può essere oggetto di questa forma di percezione: tanto oggetti esterni e interni quanto le loro connessioni» perciò «l'intuizione si presenta in forma *soggettiva* od *oggettiva;* la prima è la percezione di fatti psichici inconsci di provenienza essenzialmente soggettiva; la seconda è la percezione di dati di fatto basati su percezioni subliminali relative all'oggetto e su pensieri e sentimenti subliminali da queste determinati» (Jung 1921, p. 466). Le intuizioni inconsce si collegano ad immagini archetipiche e si esprimono attraverso di esse, anche se non ci è dato di sapere come e perché questo accada.

Dunque la funzione compensatoria dell'inconscio non ha niente di misterioso o di metafisico, è semplicemente l'effetto di un'oscillazione continua della nostra vita psichica tra processi coscienti e processi inconsci di costruzione del significato delle nostre esperienze. Se l'inconscio completa il disegno che la coscienza ha tracciato della realtà vissuta, è chiaro che da esso emergono anche gli accenni a quelle possibilità e potenzialità che eccedono la limitatezza della visione cosciente che tende, come si è detto, a ricondurre gli eventi a caratteristiche già note. La tensione tra coscienza e inconscio dipende allora dalla volontà della coscienza di rimanere centrata esclusivamente sui propri dati, cioè dalla misura della sua unilateralità e della rimozione dei dati emergenti dalTinconscio. Se l'esclusione è totale, l'inconscio assume le caratteristiche dell'opposto, deH'Ombra, che irrompe perturbando i processi coscienti. Jung chiama *enantiodromia* (termine che risale ad Eraclito e che significa il ritorno dell'opposto) il manifestarsi di questa opposizione inconscia radicale di fronte ad un rifiuto altrettanto radicale della coscienza di prendere atto dei messaggi che il suo Altro le invia. 11 verificarsi dell'enantiodromia si manifesta o con l'inibizione delle prestazioni della coscienza o con un'interruzione del suo processo direzionato generando comunque gravi disturbi.

Tornando a *La Funzione trascendente,* Jung così ne spiega il titolo: «Con il nome di “funzione trascendente” non si deve intendere niente di misterioso, di sovrasensoriale o di metafisico per così dire, bensì una funzione psicologica che - data la sua natura - può essere paragonata a una funzione matematica che ha lo stesso nome, ed è una funzione di numeri immaginari e reali. La “funzione trascendente” psicologica risulta dalfunificazione di contenuti “consci” e contenuti “inconsci”» (Jung 1916-1958, p. 83), a partire da uno stato d’animo perturbato che segnala una tensione conflittuale nel soggetto. Anche il sogno, che è considerato da Jung, così come da Freud, la via regia all’inconscio, cioè il suo versante di maggiore accessibilità, per diventare effettivo spunto di cambiamento del soggetto, necessita di una disponibilità da parte della coscienza a confrontarsi con l’inconscio, che va al di là della semplice interpretazione riduttiva delle rappresentazioni di quest’ultimo. Quando tuttavia non si ha a che fare con un sogno, ma soltanto con un contenuto emotivo intenso, depresso, ma inesprimibile, il confronto implica un processo di raffigurazione del vissuto emozionale, processo che, nella vita notturna, viene spontaneamente realizzato dal sogno. Nello stato di veglia, ci spiega Jung, lo stato d’animo perturbato può tradursi in fantasie spontanee che ne dispiegano e ne articolano il contenuto esistenziale e il senso: si tratta quindi di favorire innanzitutto questo processo di traduzione immaginale dell’emozione perturbante.

Per facilitare la produzione di fantasie è possibile esercitarsi a creare un vuoto della coscienza, cercando di aggirare l’attenzione cosciente che impedisce l'emergere di immagini fantastiche. L'utilizzo delle fantasie spontanee è di grande utilità per instaurare la funzione trascendente, a patto che esse siano dotate di investimento libidico.

La funzione trascendente si verifica, dunque, a partire da una particolare condizione affettiva, da uno stato d’animo depresso o in qualche modo perturbato. Un simile stato d’animo manifesta la presenza di un conflitto, di una tensione tra opposti, per esempio tra la vita con le sue richieste e l'atteggiamento direzionato e limitato della coscienza che non ha risorse per rispondere a quelle richieste. Il conflitto tra opposti produce energia psichica che si ritrova appunto nell'intensità del disturbo affettivo.

Per impadronirsi dell’energia dislocata nel posto sbagliato si prende la condizione affettiva come base o punto di partenza del procedimento. Ci si chiarisce quanto più possibile lo stato d’animo sprofondandovi senza risene e fissando per iscritto tutte le fantasie e le varie altre associazioni che affiorano. Bisogna lasciare alla fantasia tutto il campo libero possibile, senza tuttavia pennetterle di abbandonare la cerchia del suo oggetto, cioè dell’affetto, mentre essa continua progressivamente ad associare saltando, per così dire, di palo in frasca (Ivi, p. 97).

Il risultato di questo processo è, secondo Jung, la rappresentazione metaforica del conflitto psichico e dei complessi che sono sottesi al disturbo emotivo e l’obbiettivo è quello di utilizzare la perturbazione emotiva per comprendere i termini e le potenzialità del conflitto stesso.

Il risultato di questa operazione è un’espressione più o meno completa di uno stato d’animo, la quale in qualche modo riflette estesamente, in maniera concreta o simbolica, il contenuto del disturbo [...] Il procedimento rappresenta una sorta di arricchimento e di chiarimento dell'affetto, e in tal modo l’affetto con i suoi contenuti si avvicina alla coscienza. Generando un’impressione, esso diventa anche comprensibile. Questo risultato può già esercitare di per sé stesso un’influenza favorevole e vivificatrice. In ogni caso ne risulta una situazione nuova, in quanto l’affetto prima sprovvisto di relazioni è diventato una rappresentazione più o meno chiara e articolata, e lo è diventato grazie alla disponibilità e alla collaborazione della coscienza. Questo è l'inizio della funzione trascendente, ossia della cooperazione tra dati inconsci e dati consci (Ivi, pp. 97-98).

Il disturbo affettivo può assumere una forma anche attraverso altri procedimenti cioè le diverse arti come il disegno, la pittura, la scultura, che si prestano all’espressione di contenuti irrazionali. Jung aggiunge che le persone con sviluppate doti visive o propensioni acustico-verbali possono trarre vantaggio da tali inclinazioni per entrare in contatto con l’inconscio. Agli uni si presenteranno immagini interne (di natura forse ipnagogica), agli altri parole e frammenti di frasi di un dialogo o di un monologo interiore. In ambedue i casi, queste manifestazioni dovranno essere osservate con cura e fissate per iscritto. Tutti questi procedimenti per accedere all’inconscio, coincidono con quello delle fantasie spontanee. Jung ritiene infatti che anche in tali casi si crei un prodotto in cui i contenuti dell'inconscio e quelli della coscienza iniziano a confrontarsi.

Continuando ad esaminare i vari momenti dello svolgersi della funzione trascendente, osserviamo cosa succede una volta che il materiale dell'inconscio è stato raccolto in uno dei modi finora descritti. Jung sostiene che, a questo punto, «[...] le tendenze che sembrano emergere sono essenzialmente due: una procede in direzione della *raffigurazione,* l'altra in direzione della *comprensione»* (Ivi, p. 99). Dove prevale il «principio della raffigurazione», il materiale inconscio viene modificato, accresciuto e condensato in rappresentazioni simboliche. La raffigurazione estetica rinuncia tuttavia ad attribuire un significato alle immagini che hanno preso forma. Un sogno ad esempio, continua ad essere sognato in stato di veglia, attraverso disegni o dipinti che si ispirano ai contenuti onirici. Attraverso raffigurazioni successive, il materiale inconscio diviene più chiaro, si avvicina alla coscienza, può essere compreso. 11 rischio però della tendenza estetica è, secondo Jung, quello della sopravvalutazione dell'aspetto formale, cioè del valore artistico delle raffigurazioni emerse. Questo atteggiamento determina la deviazione della libido dal fine della funzione trascendente, dirigendola esclusivamente verso le questioni di natura estetico-artistica della raffigurazione.

Dove invece prevale il «principio della comprensione», l'aspetto estetico del materiale inconscio viene tenuto poco in considerazione, mentre viene sopravvalutato quello contenutistico. Così facendo si può incorrere nel rischio di fermarsi a intuizioni intellettuali grezze, che arrestano il processo di amplificazione simbolica del senso e portano ad una interpretazione riduttiva del materiale simbolico emerso dall'inconscio. La volontà di capire che rinuncia ad un'accurata raffigurazione dei contenuti dell'inconscio, si priva di tutta quella produzione di significati che sarebbero emersi attraverso il linguaggio dell'arte. Quanto prima l'elaborazione dei prodotti inconsci viene fermata, tanto più grande diventa il rischio che la comprensione risulti determinata soprattutto da pregiudizi teorici e morali.

Jung sostiene che la situazione ideale si verifica quando si realizza un equilibrio dinamico tra raffigurazione e comprensione, cioè una condizione di reciproco potenziamento.

> Le due strade sembrano essere Luna il principio regolatore dell'altra: entrambe sono legate da un rapporto di compensazione [...] la raffigurazione estetica ha bisogno della comprensione del significato e la comprensione ha bisogno della raffigurazione estetica. Così le due tendenze si integrano nella funzione trascendente (Ivi, pp. 100-101).

Vediamo dunque come, secondo Jung, si passa dalla raffigurazione alla comprensione:

> Se si è riusciti a raffigurare il contenuto inconscio e comprendere il significato di ciò che è stato rappresentato, nasce allora la domanda: come si comporta l'Io in questa situazione? E qui comincia il "confronto tra l'Io e l'inconscio". E' la seconda parte - la più importante - del procedimento, l'accostamento dei contrari e la produzione di un terzo elemento: la funzione trascendente (Ivi, p. 102).

Affinché la funzione trascendente si realizzi, è necessario che l'Io tenga in con si derazione la posizione della coscienza al pari di quella dell'inconscio. La coscienza deve porsi in modo passivo ma non indifferente, in quanto l'Io è chiamato in causa attivamente. Non deve rinunciare a tutte le sue attività, ma moderare l'impulso alla razionalizzazione, deve quindi cercare di ampliare al massimo la sua capacità ricettiva per pennettere ai contenuti inconsci di esprimersi liberamente, evitando di selezionare il materiale inconscio in arrivo.

Tuttavia

> [...] l'Io va sostenuto di fronte all'inconscio come realtà di uguale valore [...] Ciò equivale ad una necessaria messa in guardia: perché proprio come la coscienza dell'uomo civilizzato esercita un'azione limitativa sull'inconscio, un inconscio riconosciuto ha spesso un'influenza senz'altro pericolosa sull'Io. Come l'Io ha prima represso l'inconscio, cosi un inconscio liberato può spingere l'Io in un canto e sopraffarlo. Il pericolo consiste nel fatto che l'Io può "perdere la bussola", cioè non essere più in grado di difendere la sua esistenza dalla pressione di fattori affettivi (Ivi, p. 103).

E’ quindi compito del terapeuta sostenere l’Io del paziente nella sua tensione verso la comprensione attraverso un adeguato processo di raffigurazione dei contenuti inconsci. Di fronte alle immagini che hanno preso forma nell’attività di raffigurazione, l’Io deve prendere l’iniziativa e chiedersi: «che effetto fa su di me questo segno?» (Ivi, pp. 104-105), A volte la risposta è immediata, ma spesso giunge dopo un lungo e faticoso lavorio psichico in cui si oscilla fra sentimenti e pensieri. Jung paragona questa risposta a un lento percorso, lungo il quale affiora la comprensione, una consapevolezza in divenire delle questioni in gioco, delle prospettive possibili, delle componenti emotive del vissuto conflittuale che hanno assunto una forma simbolica nel processo di raffigurazione.

Occorre ricordare che Jung sottolinea come i contenuti inconsci non possono venire afferrati dalla coscienza in ogni loro aspetto, cioè non può darsi una comprensione totale dell’accadere inconscio, i cui «segreti possono essere soltanto intravisti, non manipolati» (Jung 1944, p. 52), poiché l’inconscio «non è altro che la psiche sconosciuta e dunque illimitata perché indeterminata» (Ivi, pp. 185-186). Secondo la definizione dei *Tipi Psicologici*, il simbolo allude sempre a qualcosa di sconosciuto e il suo significato non può esaurirsi in una concettualizzazione; il simbolo rivela a poco a poco i suoi molteplici significati ad una coscienza che si dedica a comprenderlo, ma mantiene sempre una riserva di senso, lasciando intravedere un ulteriore orizzonte di possibili significati.

Nel percorso di raffigurazione-comprensione, il contrasto tra l’Io e l'inconscio, di cui il disturbo affettivo costituiva sia il sintomo che la soglia di accesso alla coscienza, si risolve e la relativa «tensione carica di energia» produce infine «qualcosa di vivo, un terzo elemento che non è affatto [..] un aborto logico, ma è invece [..] una nascita viva che introduce un nuovo grado dell’essere, una nuova situazione. La funzione trascendente si manifesta come una caratteristica di opposti che si sono reciprocamente avvicinati» (Jung 19161958, p. 105). La funzione trascendente è dunque, secondo l'ottica junghiana, un *processo creativo* e trasformativo che porta, oltre ad una consapevolezza dei presupposti inconsci che dirigono i nostri atteggiamenti coscienti, a qualcosa di nuovo e inedito rispetto alla condizione psichica precedente. Ciò che dà una direzione a tutto il suddetto processo di integrazione degli opposti, mutando il conflitto e il disturbo emotivo in un processo di trasformazione del soggetto, è il Sé dell’individuo che spinge verso la coesione e lo sviluppo della personalità orientando il conflitto verso livelli superiori di integrazione della complessità del soggetto.

Il sogno

L’esempio migliore dell’attività di compensazione dell’inconscio è rappresentato dal sogno. 1 contenuti inconsci vengono rappresentati nei sogni attraverso immagini simboliche. *Un"immagine è* simbolica, secondo Jung, quando implica qualcosa che sta al di là di un significato ovvio e immediato.

Torneremo nel paragrafo successivo sulla particolare concezione junghiana del simbolo, che differisce radicalmente da quella freudiana; qui basti osservare che l’espressione simbolica, per immagini, del sogno è collegabile all’attività dell’intuizione in due sensi: sia perché nel sogno, in forma metaforica, vengono ad espressione quelle percezioni, inconsce appunto, che il processo direzionato ha escluso e che riguardano una diversa possibile configurazione e una diversa possibile prospettiva della situazione reale vissuta, sia quelle fantasie che esprimono condizioni del mondo interno dell’individuo, i suoi complessi e i suoi conflitti, le sue aspirazioni, i suoi desideri, le sue istanze morali e quant'altro.

Nel suo scritto intitolato *Considerazioni generali sulla psicologia del sogno,* la cui prima stesura risale al 1916 e che, dopo ripetute revisioni, è stato ripubblicato nella sua forma definitiva nel 1948, Jung ci offre una definizione molto semplice e chiara del sogno, richiamandone anche la differenza dalla teoria freudiana: «Di contro alla nota opinione di Freud sulla natura del sogno, che sarebbe un soddisfacimento di desideri», Jung lo considera infatti come *«un'autorappresentazione spontanea della situazione attuale dell inconscio espressa in forma simbolica»* (Jung 1916-1948, p. 282), i cui vari elementi, come i personaggi che vi appaiono, rappresentano complessi, aspetti della personalità del sognatore e il cui scenario deve complessivamente essere ricondotto alla sua concreta e attuale situazione di vita. La fenomenologia del sogno è secondo Jung assai variegata, per cui risulta difficile ricondurre tutta la produzione onirica ad un unico aspetto, come ha tentato di fare Freud: i sogni possono esprimere desideri ma anche timori, possono dare un quadro della situazione di vita del sognatore, possono essere premonitori, profetici, di avvertimento o addirittura avere un carattere parapsicologico, possono avere un valore letterale o metaforico, tutti aspetti che invitano ad un'estrema cautela quando ci si accinge ad interpretarli. Jung distingue, a questo proposito, tra due modalità di interpretazione, quella *caudale* e quella *finalistica* (Ivi, p. 259). Applicando al sogno il punto di vista causale, tipico dell'interpretazione freudiana, «riduciamo il contenuto onirico manifesto a certe tendenze o pensieri fondamentali rappresentati dal materiale» *(ibidem)* aiutandoci con le associazioni del paziente secondo quel *«metodo del ricordo spontaneo»* (Ivi, p. 258) che stabilisce nessi fra le immagini del sogno e i ricordi del sognatore o gli avvenimenti della sua vita diurna. Il punto di vista finalistico riconosce invece nel materiale onirico «!'immanente tendenza psicologica a un fine» (Ivi, p. 259), e mette in luce il fatto che «affiorano in chi sogna, se non altro per allusioni, tutti i punti di vista che durante il giorno sono stati considerati troppo poco o non lo sono stati affatto, cioè quei punti di vista che erano relativamente inconsci» (Ivi, p. 263) ovvero vengono individuate le intuizioni offerte dal sogno alla considerazione cosciente. «Il sogno ci trasmette quindi in linguaggio metaforico, ossia in un'evidente rappresentazione sensoriale, pensieri, giudizi, concezioni, direttive, tendenze, che a causa della rimozione o per semplice ignoranza erano inconsci» (Ivi, p. 266). In particolare, il sogno rappresenta quei contenuti inconsci

> [...] che sono attirati e scelti per via di associazione della situazione momentanea della coscienza. [...] Se vogliamo interpretare correttamente un sogno, ci occorre una conoscenza approfondita della condizione momentanea della coscienza, poiché il sogno ne contiene l'integrazione inconscia, vale a dire il materiale costellato neH'inconscio dalla situazione momentanea della coscienza (Ivi, pp. 266-267).

Ciò significa che il sogno diviene comprensibile se inquadrato nel contesto della vita e delle esperienze attuali del sognatore, in relazione alle sue emozioni, al suo rapporto con gli altri, alle circostanze della sua esistenza presente, non è quindi la reminiscenza, attraverso il residuo diurno, di eventi remoti collegabili alle vicissitudini del principio di piacere.

Da ciò consegue che:

> [...] più l'atteggiamento cosciente è unilaterale e *più svia dalla linea ottimate della possibilità vitale,* più é possibile che sogni vivaci dal contenuto fortemente contrastante, ma capaci di realizzare una compensazione finalistica, affiorino *come espressione dell'autogoverno psicologico dell 'individuo* (Ivi, p. 271).

E' interessante quest'ultima espressione perché postula che nel soggetto il processo di autoregolazione della vita psichica sia «sovraordinato» rispetto alla coscienza e sia finalisticamente orientato verso un ampiamento dell'orizzonte esistenziale del soggetto che può realizzarsi, ovviamente, a condizione che la coscienza rinunci alla sua unilateralità per accettare il confronto con l'altro versante della vita psichica e riconosca l'attività compensatoria dell'inconscio.

Jung aggiunge poi all'aspetto finalistico un'altra attività osservabile nei sogni, che egli chiama funzione *prospettica* (Ivi, pp. 273-274) e che si basa sull'elaborazione di una nuova prospettiva esistenziale a partire dai dati percettivi inconsci che offrono alla coscienza una diversa rappresentazione della realtà vissuta e delle sue potenzialità. Il sogno infatti contiene anche l'allusione a future azioni coscienti del soggetto di cui esso può costruire una rappresentazione anticipatoria attraverso l'elaborazione di tutte quelle percezioni, emozioni, pensieri, esclusi dalla coscienza ma che hanno un valore predittivo rispetto ai suoi futuri atteggiamenti. Questa concezione del sogno rimanda dunque a quella che potremmo definire una teoria della mente complessa di Jung, cioè ad una modalità dinamica di funzionamento dell'apparato psichico ben più articolata di una semplice contrapposizione tra coscienza e inconscio e chiama comunque in causa, per la definizione del valore dei sogni per la nostra vita psichica, l'atteggiamento che coscientemente e interpretativamente assumiamo nei loro confronti. L'aspetto ermeneutico torna dunque ad essere una determinante specifica del funzionamento della vita psichica. Infatti, come adesso vedremo parlando del simbolo, il significato dei sogni dipende dall'atteggiamento interpretativo che la coscienza assume nei loro confronti.

Possiamo comunque anticipare il fatto che l'atteggiamento interpretativo che Jung predilige non è orientato a trovare nei sogni tracce del passato remoto del soggetto, meno che mai le problematiche edipiche. Jung crede che quando queste esistono, ciò dipenda soprattutto da un errato comportamento dei genitori con i figli. Il «romanzo familiare» ha origine nel fatto che i bambini si identificano con i genitori e assumono su di sé le loro aspettative e i loro giudizi. Ciò incide ovviamente sullo sviluppo dei complessi personali del soggetto in cui le figure genitoriali mantengono un ruolo per buona parte dell'esistenza. Ma è anche vero che la rappresentazione che il soggetto si fa dei genitori è condizionata anche da fattori intemi primordiali, cioè dalle immagini archetipiche del padre e della madre che fanno parte del corredo innato del soggetto. Le immagini archetipiche possono condizionare in senso negativo l'esperienza che il bambino fa dei genitori ma possono anche aiutarlo ad andare oltre i condizionamenti del romanzo familiare.

Il simbolo

Il sogno e la fantasia si esprimono mediante immagini simboliche. Ma che cos'è un simbolo?

A mio modo di vedere il concetto di simbolo va rigorosamente distinto dal concetto di mero *segno.* Significato *simbolico* e significato *semeiotico* sono cose completamente diverse [...] La ruota alata dell'impiegato delle ferrovie non è un simbolo della ferrovia ma un segno che denota l'appartenenza alla società ferroviaria. Il simbolo invece presuppone sempre che l'espressione scelta sia la migliore indicazione o fomiulazione possibile di un dato di fatto relativamente sconosciuto, ma la cui esistenza è riconosciuta o considerata necessaria. Se dunque la ruota alata dell'impiegato delle ferrovie venisse definita un simbolo, si verrebbe a dire con ciò che quest'uomo ha a che fare con un'entità sconosciuta la quale non può essere espressa altrimenti e meglio che con una ruota alata. Ogni concezione che definisce l'espressione simbolica come analogia o come denominazione abbreviata di una cosa nota è semeiotica. Una concezione che definisce l'espressione simbolica come la migliore possibile, e quindi come la formulazione più chiara e caratteristica che si possa enunciare per il momento, di una cosa relativamente sconosciuta, è *simbolica.* Una concezione che definisce l'espressione simbolica come intenzionale circonlocuzione o modificazione di una cosa conosciuta è *allegorica* (Jung 1921, pp. 483-484).

In questo passo è evidente il riferimento a Freud: quello che quest'ultimo chiama simbolo è in realtà un segno, dato che la sua natura sessuale è già nota per cui è possibile stabilire una traduzione immediata dal significante (segno) al significato. 11 *simbolo* indica invece un significato sconosciuto, allude quindi a qualcosa che deve essere ancora conosciuto o che, pur rimanendo sconosciuto, consentirà alla coscienza di costruire significati parziali e approssimativi esercitando su di essa una sorta di attrazione creativa. «Intenzione e volontà non bastano perché la psiche si evolva, occorre il simbolo dotato di forza di

attrazione [...]» (Jung 1928, p. 33): quando accade, quando si manifesta nel materiale psichico, il simbolo esercita una forza di attrazione sulla coscienza e questa energia che possiede gli deriva dal conflitto, dalla tensione di opposti tra coscienza e inconscio, tensione che trova nel simbolo il suo momento di espressione e di riconciliazione. Ma il simbolo non accade solo nei sogni o nelle fantasie, dal punto di vista della psiche anche i fatti della vita possono assumere un valore simbolico essere quindi letti come «espressioni simboliche di un cammino da percorrere» (Ivi, pp. 32-33) e non come semplici effetti di cause.

Il simbolo rappresenta dunque, per Jung, la più alta espressione del potere creativo dell'inconscio, cioè la capacità che questo ha, nella sua attività di compensazione, di produrre nuovi orizzonti di senso e nuove prospettive di sviluppo della personalità.

Ma vediamo il rapporto che intercorre tra simbolo e fantasia:

Da dove viene allora la cattiva reputazione della fantasia? Soprattutto dal fatto che la fantasia non può essere presa alla lettera. Se viene intesa nel senso della concretezza, perde ogni valore. Se viene intesa in senso *semeiotico,* come in Freud, allora diventa interessante dal punto di vista scientifico. E tuttavia se viene intesa *erneneuticamente,* ossia come *simbolo reale,* essa ci olire l'indicazione di cui avevamo bisogno per proseguire la nostra vita in armonia con noi stessi.

Il senso del simbolo non è infatti quello del segno che cela qualcosa di generalmente noto: al contrario, il simbolo è il tentativo di rendere esplicito per via analogica ciò che è ancora interamente ignoto e in divenire. La fantasia ci presenta dunque ciò che è in divenire nella forma di un'analogia più o meno appropriata. Riducendo analiticamente il simbolo a qualcosa di generalmente noto, ne annulliamo il valore autentico. Risponde invece al suo valore e al suo senso dame un'interpretazione ermeneutica.

L'essenza dell'ermeneutica, arte un tempo molto praticata, consiste nell'accostare altre analogie a quelle presentate dal simbolo: in primo luogo analogie soggettive che il paziente riferisce a mano a mano che gli vengono in mente; in secondo luogo analogie obiettive che l'analista attinge dalle sue conoscenze generali. Attraverso questo procedimento il simbolo iniziale viene ampliato e arricchito, finché ne risulta un quadro altamente complesso e poliedrico (Jung 1916, pp. 294-295).

Il simbolo è l'accadere di qualcosa di nuovo nel soggetto, è messaggero di un'imminente trasformazione in cui una vecchia visione del mondo trascina nel suo crollo tutto un sistema di concezioni e di risposte alle domande fondamentali dell'esistenza per lasciare spazio ad una visione delle cose del tutto nuova e impensata. Tuttavia, come abbiamo visto a proposito della Funzione Trascendente, l'evento simbolico non si manifesta e non agisce se la coscienza non si dispone a lasciarsi investire dal suo potere trasformatore, se cioè preclude ogni accesso a ciò che di nuovo le si offre: quindi se la coscienza non assume un atteggiamento ermeneutico leggendo in questa prospettiva i fatti.

Ancora in *Tipi psicologici* Jung aggiunge:

Fintanto che un simbolo è vivo, è espressione di una cosa che non si può caratterizzare in modo migliore. Il simbolo è vivo soltanto finché è pregno di significato. Ma quando ha dato alla luce il suo significato, quando cioè è stata trovata quell'espressione che fonnula la cosa ricercata, attesa o presentita ancor meglio del simbolo in uso fino a quel momento, il simbolo *muore [...]* (Jung 1921, p. 484).

Il simbolo vivo è espressione di qualcosa che si pre-annuncia, ma che non si rivela in un significato già dato. E' un portatore di senso, di nuovo che però ancora non si è strutturato in nessuna forma di pensiero. In quanto tale, il simbolo rappresenta il punto di partenza per un processo ermeneutico, in cui illimitati possibili significati e prospettive di senso si rendono pensabili per una coscienza che si pone verso le rappresentazioni simboliche non con un'attenzione riduttiva, bensì con un atteggiamento, come ho già detto, altrettanto simbolico, cioè aperto all'emergere del non ancora pensato. Quando il simbolo è ricondotto ad un significato preciso allora, secondo l'ottica junghiana, muore, perde cioè il suo potere di significare e la coscienza rimane in balia di un conflitto privo di possibili mediazioni. Il simbolo lascia dunque nella scia del suo evento, del suo accadere, una configurazione di segni nuova e ne dissolve una che non ha più valore per il presente, dissolve e rinnova, ma nel nuovo sistema di segni l'energia spirituale del simbolo si è come congelata.

Nella prospettiva *causale-riduttiva* freudiana, il simbolo è, secondo Jung, una semplice trasposizione metaforica di un preciso significato la cui collocazione biografica è sempre nel passato remoto del paziente, e che risulta mascherato dai meccanismi che operano in modo esemplare nel lavoro onirico. In questa accezione, secondo Jung, il simbolo è ridotto a mero segno, cioè è morto in quanto simbolo, potenzialità, rimando ad un senso ulteriore ancora sconosciuto. Se la sopravvivenza del simbolo dipende, come abbiamo detto, dall'atteggiamento della coscienza verso la sua manifestazione, occorre che, al fine di lasciare al simbolo la possibilità di produrre i suoi effetti trasformativi, l'atteggiamento riduttivo venga abbandonato a favore di un atteggiamento *ermeneutico* e *costruttivo*, in pratica quello che abbiamo prima delineato parlando della Funzione Trascendente e del processo dialettico di confronto con i contenuti inconsci.

La terapia junghiana invita il paziente a "vivere" i simboli, cioè ad attendere che con il passare del tempo e lo svolgersi degli eventi, l'adeguata comprensione dei significati si realizzi (Jung, 1928). In *La funzione trascendente*, Jung distingue il «comprendere», *Verstehen.* dal capire afferrante, *Begreifen.* La comprensione ha origine *neWUreinfall*, nell'intuizione originaria implicata con l'"accadere" del simbolo: un accadere segnato emotivamente da uno stato di angoscia, spaesamento, stupore, sofferenza. 11 "comprendere" junghiano è, dunque, più un comprendere emotivamente e intuitivamente, cioè una comprensione modificante e pervasiva, che un comprendere razionalmente e logicamente. Il "comprendere" junghiano si produce grazie ad un atteggiamento simbolico della coscienza, che si mantiene aperta al fluire delle immagini inconsce, senza bloccarle in interpretazioni riduttive premature e inadeguate, ma lasciandole essere, nell'attesa che il loro significato si riveli, da sé, col passare del tempo, attraverso la ridefinizione e l'approssimazione prodotta da nuove immagini che commentano le precedenti e producono intuizioni più incisive e insight trasformativi; mano a mano che avanza il processo ermeneutico, il simbolo produce nel soggetto una trasformazione a livello di emozioni e di visione del mondo.

Si apre a questo punto la questione del rapporto tra simbolo e archetipo, che è cruciale se vogliamo tentare di sottrarre la terminologia junghiana a quella diffusa approssimazione che stride a volte con i "distinguo" a cui il pensiero di Jung sembra spesso volersi richiamare per cedere poi, altrettanto spesso, alla seduzione dell'indeterminatezza dei termini e dei concetti, presumibilmente adeguata all'oscurità degli oggetti che designano.

Potremmo forse azzardare l'idea che il potere numinoso dell'evento simbolico, il suo "accadere primordiale" (mi riferisco al termine *Ureinfall* utilizzato da Jung) ovvero il suo accadere da sempre, sia archetipico nel senso che designi una zona dell'esperienza umana che appartiene al tempo senza tempo "dell'etemo ritorno" di potenti emozioni le quali, nel tempo storico, non hanno mutato la loro qualità, il loro effetto spaesante e la capacità di "afferrare" la coscienza. L'archetipo, scrive Jung, *«non è soltanto immagine in sé, ma al tempo stesso anche "dynamis",* che si manifesta nella numinosità, nella forza fascinatrice dell'immagine archetipica» (Jung 1947-1954. p. 229).

Jung ossena che il termine "archetipo" è spesso male interpretato perché viene identificato con certe immagini definite o precisi motivi mitologici, cioè fa rilevare la confusione, in cui peraltro cade frequentemente lui stesso, tra l'archetipo e la sua espressione, l'immagine archetipica. L'archetipo deve essere inteso, secondo Jung, come la tendenza a tonnare rappresentazioni multiformi di uno stesso motivo ma, nella sua sostanza, esso rimane qualcosa di sconosciuto, «una forma fondamentale di per sé irrappresentabile» (Ivi, p. 230), un fattore «psicoide» (Ivi, p. 231) che tuttavia produce effetti, cioè «rappresentazioni archetipiche» *(ibidem)* che assumono per il soggetto un valore numinoso e hanno quindi un forte impatto emotivo disorientante.

L’immagine archetipica è dunque una variazione particolare di un tema “collettivo” che riguarda l’esperienza e il destino di tutti gli esseri umani di tutti i tempi, rappresenta perciò un aspetto dell'inconscio collettivo. Il fatto che questo genere di rappresentazione di motivi inconsci fondamentali si verifichi soprattutto nei momenti di crisi di un individuo ma anche di una intera cultura, rende conto dell'affinità del concetto di archetipo a quello di simbolo, al di là del semplice fatto che ambedue i termini, simbolico e archetipico, finiscono poi per designare nel linguaggio analitico corrente rappresentazioni fantastiche, mitologiche, allegoriche e metaforiche tipiche del pensiero immaginale o fantastico. Di fatto, accade che il “nuovo”, quanto più è spaesante e radicale, tanto più tenda a manifestarsi attraverso l’antico, il primordiale. In quella che, in *Tipi Psicologici*, Jung chiama ancora *Urbild*, “immagine primordiale” (termine, come abbiamo detto, sostituito in seguito da quello di archetipo) «ciò che viene sperimentato non è semplicemente primitivo, ma anche simbolico e quanto più esso appare vetusto e primordiale, tanto più è vero per il futuro, giacché tutto ciò che di antico vi è nel nostro inconscio contiene un’indicazione per il futuro» (Jung 1921, p. 388).

Nella pratica terapeutica dell’interpretazione, per rendere più accessibile alla comprensione da parte del paziente il valore e lo sfondo tematico di certe immagini archetipiche, Jung si servì del metodo deH’«amplificazione» che consisteva nell’aggiungere alle «analogie soggettive» (vedi sopra) prodotte dal paziente sul materiale simbolico delle sue fantasie e dei suoi sogni, «analogie obiettive» ricavate dai miti, dai repertori simbolici delle varie religioni, dalla gnosi e dall’alchimia, che Jung studiò in modo ampio e approfondito rintracciando alcune fondamentali ricorrenze tematiche. L'amplificazione, che può essere suggerita al paziente o avvenire soltanto nella mente del terapeuta, dovrebbe servire a contestualizzare la singola immagine archetipica in uno scenario più ampio di possibili usi e significati della stessa immagine o di immagini analoghe. L’amplificazione consente dunque di contestualizzare un’espressione immaginale in un'area tematica e al tempo stesso di estenderne l’orizzonte semantico. Il rischio è, ovviamente, un tipo di riduttivismo che vede in ciascun simbolo un significato prestabilito di carattere mitologico, per cui ogni donna è un’Anima, ogni albero un simbolo della vita, ogni uomo a cavallo un eroe mitico, ogni mostro una madre divoratrice: ogni simbolo rischia quindi di essere riducibile ad un repertorio limitato di temi archetipici.

Jung ha chiamato «immaginazione attiva» la tecnica, basata sulla funzione trascendente, mediante la quale la coscienza del paziente può avvicinarsi al nucleo archetipico di un contenuto inconscio collegato ad un’emozione soverchiante inesprimibile con le parole. Si tratta appunto di collegare immagini spontanee ad altre immagini o sensazioni, emozioni e ricordi, in una sorta di «amplificazione spontanea» (Jung 1947/54, p. 222) dell'intensità archetipica che è stata sperimentata. Il processo immaginativo è determinato e guidato dagli archetipi stessi che

> [...] operano come regolatori e stimolatori deH'attività creatrice della fantasia e producono configurazioni corrispondenti rendendo utilizzabile ai loro fini il materiale presente nella coscienza. Essi procedono esattamente come le forze motrici dei sogni, ragion per cui 1' 'Immaginazione attiva", come ho chiamato questo metodo, rimpiazza fino a un certo punto anche i sogni (Ivi, p. 221).

Attraverso l’immaginazione, la coscienza può dunque avvicinarsi alla forma inesprimibile dei presupposti inconsci che determinano quel certo modo di fare esperienza di sé e del mondo da parte dell'individuo, e prefigurare nuove modalità di esperienza. La pratica dell'immaginazione attiva amplia l’orizzonte esperienziale dell’individuo e incrementa la sua creatività psicologica:

> L'effetto al quale io miro è di produne uno stato psichico nel quale il paziente cominci a sperimentare con la sua natura uno stato di fluidità, mutamento e divenire, in cui nulla è eternamente fissato e pietrificato senza speranza (Jung 1929-1950, p. 54).

Il Sé e il processo d'individuazione

Il Sé è l’archetipo per eccellenza e per questo non è il Sé di un particolare soggetto, ma è quell’istanza che, in ogni soggetto, orienta il processo psichico verso la realizzazione più ampia e completa della sua specificità e potenzialità individuale. Il Sé rappresenta l'invisibile, inconscio e intimo centro della personalità, ma anche l’estensione che comprende la coscienza e l'inconscio; è il punto centrale di questa totalità psichica, come l'Io è il centro della coscienza, ma è anche il cerchio più ampio che attrae la soggettività inclusa in esso verso la sua massima espansione.

[...] il Sé ha un senso funzionale solo se può agire come “compensazione" di una coscienza dell'Io. Se l’Io è dissolto dall’identificazione col Sé, ne deriva una specie di nebuloso superuomo con un Io gonfiato e un Sé svuotato (Jung 1947-1954, p. 242).

Deve quindi esserci sempre uno scarto tra il Sé e l’Io perché il primo possa funzionare da istanza di trasformazione e di sviluppo individuale.

Il concetto del Sé non può essere separato da quello del *processo d'individuazione*. Il Sé rappresenta per Jung la meta ideale e la causa finale di tale processo. Con il termine individuazione si intende quel lento e quasi impercettibile processo di sviluppo psichico che conduce, nel corso della vita, verso l'unificazione delle varie istanze della personalità.

Il Sé si rivela, infatti, come una possibilità innata che si sviluppa, in maniera relativamente completa, durante l’intera esistenza di un individuo, cosi come il seme di un albero è una potenzialità destinata a raggiungere la sua forma completa nell'albero stesso. E fino a che punto l’individuo, in concreto, possa svilupparsi psichicamente, dipende da quanto l’Io sia disponibile a seguire gli orientamenti e le correzioni di rotta provenienti dal Sé.

Il processo d’individuazione diventa effettivo quando l’individuo ne diviene consapevole e si inserisce nel suo fluire creando consapevolmente una relazione vitale con esso. Senza il soggetto che riesce a renderlo reale, il processo d’individuazione resta solo una possibilità, come senza l'albero la sua immagine contenuta nel seme. L'unificazione dei due opposti, coscienza e inconscio, mediante l'instaurarsi della funzione trascendente, rappresenta il momento centrale in cui si realizza la totalità della psiche, cioè il Sé. Ogni volta che la coscienza e l’inconscio si avvicinano in un armonico dialogo, la soggettività dell’individuo viene informata di nuovi aspetti, emerge lentamente una personalità più ampia e più matura, espressione manifesta e concreta dell’evolversi del processo d'individuazione. L’archetipo del Sé si presenta, dunque, come l'istanza di “totalità” della personalità, in quanto il processo d’individuazione che s’ispira a tale archetipo, consiste nel continuo impegno da parte dell’individuo a non ostacolare il rinnovarsi dell’incontro dialettico fra gli opposti. Infatti «soltanto la personalità unificata può sperimentare la vita, non quell’evento scomposto in aspetti parziali che si autodefinisce uomo» (Jung 1944, p. 87). Il Sé è, come tutti gli altri archetipi, inconscio ma può manifestarsi, se ne ha la possibilità, attraverso la comparsa di immagini archetipiche, cioè simboliche, nei sogni o nelle fantasie. In *Psicologia e alchimia* (1944), Jung descrive una serie di immagini archetipiche apparse nei sogni, nelle impressioni visive e nelle visioni ipnagogiche e annuncianti le varie fasi della presa di coscienza del Sé. Tra le varie immagini archetipiche rappresentanti il Sé, ve ne sono tre che sembrano comparire con particolare frequenza: la *quaternità*, il *cerchio* e il *mandala*.

L’archetipo del Sé deve essere inteso, infine, anche come massima espressione deH”"unicità” individuale, la cui realizzazione è lo scopo del processo d'individuazione. Ogni individuo, secondo Jung, si trova posto davanti ad un compito di autorealizzazione che presenta caratteri di unicità:

Ogni vita è in fin dei conti la realizzazione di un tutto, cioè di un Sé e questa è la ragione per la quale questa realizzazione può venir chiamata anche individuazione. Tutta la vita è infatti legata a coloro che la vivono e la realizzano individualmente e senza di essi non sarebbe immaginabile. Ma con ognuna di queste persone son date anche una specificità e un destino individuali, e il senso deH'esistenza viva consiste nel fatto che essi si realizzino come tali (Jung, 1944, p. 226).

Ciò significa che il processo di individuazione è un lungo percorso di ritorno a sé e di scoperta di sé, di quelle potenzialità con cui siamo nati e che sono state inibite dalle interferenze del processo di costruzione di una nostra identità collettiva e conformista. L'identità che noi costruiamo per la vita collettiva Jung la chiama con una parola latina: *Persona,* che significa maschera, maschera da teatro e maschera sociale. Per la vita collettiva noi costruiamo una maschera alla quale finiamo per aderire identificandoci con i nostri ruoli sociali, con le opinioni degli altri su di noi, con i pregiudizi collettivi. Al contrario, esistono aspetti della personalità che vogliamo occultare agli altri e che costituiscono quindi la nostra Ombra. L' immagine dell' Ombra appare connessa a un tema romantico ancora molto in voga al tempo delle sue prime opere: cioè alla figura del '"Doppio". Come si è detto, il Doppio è il riflesso demoniaco del soggetto, oppure il suo compagno segreto, 1' altra identità irriducibile e semmai contrapposta a quella che il soggetto vive come *Persona,* una presenza inquietante che lo osserva dall' oscurità; ma è anche il riflesso demoniaco delle certezze della coscienza, che rimane acquattato nello sfondo della verità, quasi ne costituisse il risvolto più irriverente ma anche più essenziale. Questo aspetto infernale spiega il fatto che all' azione del Doppio e quindi all'immagine dell'Ombra venga spesso ricondotto il conflitto morale. Si parla di Ombra quando sono in gioco inclinazioni e pulsioni che il soggetto non può riconoscere come proprie, perché sono incompatibili con 1' idea che ha di sé, e che vengono perciò proiettate sugli altri. In questa accezione, 1' Ombra appare come una rielaborazione del concetto freudiano di "idea incompatibile". D' altra parte la dimensione dell' Ombra sembra spesso coincidere con quella dell' inconscio personale e del perturbante: un elemento estraneo, che ha tuttavia qualcosa di familiare, viene improvvisamente ad occupare la coscienza.

Il processo di individuazione è fatto di momenti essenziali in cui perdiamo la maschera, momenti di disidentificazione con i nostri ruoli, le nostre certezze, per tornare ad attingere alla nostra creatività personale. Sono appunto gli eventi simbolici che ci smascherano e ci abituano ad una capacità di leggere simbolicamente anche i fatti della nostra esistenza, trovando in essi dei significati che sono connessi alla nostra più intima natura e alla nostra individuazione.

Come abbiamo visto, il tema della dissociabilità della psiche configura una soggettività complessa, frammentaria, policentrica, composta da diversi soggetti, da «luminosità multiple», visioni del mondo simultanee e conflittuali, che il «complesso dell'Io» organizza secondo criteri di continuità e identità, aderendo ora all'uno ora all'altro dei poli conflittuali che producono l'energia del processo psichico. Allora come si configura, nella complessità costitutiva della psiche, questa istanza di unificazione che è il Sé?

Nella complessità appare comprensibile il compito dell'Io, che è soprattutto quello di tenere in relazione le diverse soggettività che costituiscono la psiche individuale. L'attività di continua differenziazione dalle identificazioni inconsce con questo o quel complesso e di integrazione delle varie tendenze conflittuali è appunto un aspetto del «processo di individuazione». Vi è dunque una coscienza che si differenzia a misura che riesce a mettere in «dialogo» i differenti soggetti, le differenti «luminosità» complessuali che costituiscono la soggettività, non identificadosi con nessuna di loro.

Il postulato della dissociabilità rimanda dunque a una configurazione virtualmente unitaria della soggettività che non può coincidere con l'Io, ma con un possibile equilibrio nella molteplicità ovvero con un'istanza di differenziazione da tutte le maschere dell'Io (Jung 1934-1939, 935). Questa identità sovraordinata che si differenzia da tutte le maschere e questo equilibrio tendenziale nella complessità costituiscono il Sé, inteso come meta del processo di individuazione. Ma è chiaro che si tratta di una meta potenziale se non addirittura virtuale e non della meta prefigurata di un percorso di realizzazione psicologica, anche se su questo punto non manca in Jung una notevole ambiguità di pensiero. Soprattutto nel seminario sul *Nietsche's Zarathustra,* il Sé appare caratterizzato da una sostanziale paradossalità: è al tempo stesso un «concetto» (Ivi, p. 983), una meta virtuale, un «esistente non-esistente», un cerchio esterno che comprende la totalità dell'individuo ma che ne è anche il centro (Ivi, p. 419). Ma il Sé è soprattutto un termine utile per denominare l'esperienza dell'eterodeterminazione che è il lato inquietante e numinoso dell'autopercezione del soggetto: l'esperienza cioè che la propria vita psichica sia orientata finalisticamente all'interno di un progetto di cui alla coscienza sfugge il senso. Così nei *Nieztsche's Zarathustra,* attraverso una serie di analogie con le immagini delle religioni orientali, Jung fa del Sé «esistente nonesistente» il principio creativo da cui, come nel sogno di un dio, hanno origine simultaneamente il mondo e la psiche (Ivi, pp. 139, 289, 325, 978). Il Sé è «il campo di gioco degli dei, il luogo o la fonila in cui il dramma divino, la trasforni azione del dio, viene recitato» (Ivi, p. 725). Come si vede, nel seminario su Nietzsche il contatto con questo autore che è una fonte essenziale del suo pensiero permette a Jung di liberarsi di ogni sfumatura sostanzialistica nella concezione del Sé. L'origine psichica del mondo rimanda al dramma divino, al conflitto delle interpretazioni, alle trasformazioni del dio che sogna e dà realtà al mondo. Le immagini simboliche sono i riflessi del sogno del dio nello specchio del mondo e noi siamo immagini di quel sogno (Ivi, p. 795). Questa idea «orientale», la quale rievoca la rappresentazione orfica di Dioniso che specchiandosi vede e al tempo stesso crea il mondo, ipotizza dunque un'origine simultanea del soggetto e dell'oggetto nel simbolo: qui l'individuo è creato simultaneamente al mondo che percepisce in una stretta interdipendenza. La soggettività è quindi determinata all'intemo di un gioco delle interpretazioni che prescinde dalla volontà del soggetto, come se fosse parte di un sogno divino a cui il soggetto stesso, il suo progetto di vita e il suo destino appartengono. Dunque l'esperienza dell'eterodeterminazione si accompagna a quella della finitezza del soggetto.

Un caso clinico centrato sui concetti junghiani

Vorrei esemplificare attraverso un racconto clinico l'applicazione dei due metodi interpretativi distinti da Jung: quello causale-riduttivo e quello ermeneutico-costruttivo.

Una donna convive da alcuni anni con il suo partner. Fra i due esiste ormai solo un legame di consuetudine. Alcuni anni fa hanno deciso insieme di rinunciare, per un certo periodo, all' idea di sposarsi e avere figli: ora che lei vorrebbe entrambe le cose lui non è più disponibile. Vi è una sorta di semiconsapevole complicità a lasciare tutto come è, a non discuterne, a cercare altrove compensazioni per ciò che manca nel rapporto. Un giorno decidono di acquistare insieme una casa e ciò comporta un grosso impegno, non solo finanziario, per tutti e due. Lei dichiara al terapeuta di essere contenta della sua scelta. Racconta poi un sogno nel quale visita un castello in cui molte donne sono tenute prigioniere. Lei sa di non poterle aiutare e, terminato il suo giro turistico, si allontana rassegnata. Il terapeuta le chiede se non ci sia una relazione fra il sogno e la sua decisione a proposito della casa. La donna pensa che possa esserci ma che comunque l'acquisto di una nuova casa non pregiudicherà la sua libertà nel rapporto. Associa la prigionia delle donne alla sensazione di aver vissuto la sua infanzia come barricata e terrorizzata dall'idea di esporsi nell'ambiente familiare. Viene ripreso il filo di un discorso più volte affrontato sul rapporto della madre con la corporeità e la femminilità, e su certi aspetti della relazione con il padre. Infine si fa vivo il ricordo di un episodio particolarmente drammatico di cui non ha mai parlato: ricorda il padre che in preda ad uno dei suoi accessi di collera furibonda minacciava lei e la moglie con un coltello. Ma questo ricordo non le suscita nessuna particolare emozione, fa parte ormai del passato. La seduta successiva racconta un altro sogno. E’ al tavolo di un bar con il suo partner: questi corteggia tre ragazze dicendo loro che la sua donna non può essere gelosa di lui perché sa di non piacergli più. In quel momento entra nel bar un pazzo con la pistola in pugno. Si sa che la sua pazzia consiste nel fare sempre esattamente il contrario di ciò che gli si dice di fare: allora qualcuno gli dice di sparare, ma lui, come per rivendicare una totale autonomia rispetto alla prevedibilità dei suoi gesti, questa volta fa quello che gli si dice e spara. Lei viene colpita alle spalle e muore. Al risveglio la signora è immersa in fantasie di morte. Il giorno successivo va da un medico per farsi vedere un neo dietro le spalle che ha improvvisamente cominciato a dolerle.

Il colloquio analitico tende a spiegare il primo sogno stabilendo nessi logici causali fra l'immagine delle donne prigioniere, la scelta compiuta dalla signora a proposito della casa, la sua relazione con i genitori e con il partner. Per quanto riguarda il secondo sogno, invece, l'atteggiamento del pazzo disorienta i due interlocutori: sembra così chiaro, significativo, ma al tempo stesso altrettanto indecifrabile. Si fanno varie ipotesi: le associazioni della paziente richiamano in causa il padre con il coltello; il terapeuta, dal canto suo, si chiede se non ha avuto con lei un atteggiamento troppo pressante. Ma queste ed altre spiegazioni non sembrano del tutto convincenti. Si ha l'impressione di trovarsi di fronte a un evento che mantiene comunque un aspetto imperscrutabile. E si ha la netta sensazione che non si possa fare altro, per ora, che lasciare accadere quello che il sogno preannuncia, lasciar essere questo estraneo che si è presentato sotto forma di minaccia, lasciare che compia il suo lavoro nell'attesa che il senso di questo lavoro si renda accessibile. Si assume dunque rispetto a questo evento raffigurato dal sogno un atteggiamento simbolico ovvero ermeneutico-costruttivo.

La relazione esige che per un momento la scena venga lasciata al pazzo, che i due interlocutori divengano semplici spettatori del suo operare. Perché il pazzo è queU’estraneo che fa cadere la signora fuori dall'identità con una certa visione ormai acquisita del suo rapporto con il partner, e fuori dalla sua identità corporea, cioè fuori dal suo modo di percepirsi come corpo barricato; ma al tempo stesso il pazzo fa cadere l'interpretazione fuori dalla sua identità con le spiegazioni più ovvie e scontate. Tanto lo sguardo dell'interprete che quello dell'analizzando restano spettatori impotenti di fronte al passaggio forse cruciale che si sta compiendo grazie all'opera del pazzo. E' questa impotenza della spiegazione a consentire che quell'opera si compia. Il momento *cruciale* della relazione è un patimento per entrambi gli interlocutori.

Il segno del patimento è iscritto nel corpo, nel dolore alla schiena che la signora offre allo sguardo del medico e racconta al terapeuta. L'evento simbolico traccia i suoi segni sul corpo, che è quindi il primo scenario dell'estraneo. Gli effetti della ferita non tardano a rendersi percepibili: attraverso il dolore fisico e le fantasie di morte, la signora inizia a parlare, questa volta con molta partecipazione emotiva, della sua sofferenza, della sensazione di essere morta, priva di corpo, del senso di paralisi e di panico che le hanno sempre impedito di cambiare qualcosa nei rapporti familiari e in quello con il suo partner, di far sentire la sua voce. Cioè inizia a trovare le parole per raccontare ciò di cui non parla neppure con se stessa. L'opportuna sospensione della spiegazione, al momento che questa ha esaurito le sue possibilità, ha permesso di dare voce alla sofferenza, di restituirle un linguaggio comunicabile, anche nella dimensione del dialogo intrasoggettivo.

Vorrei ricordare una frase di Nietzsche che Jung commenta nei suoi seminari sullo Zarathustra: «Spirito, dice Zarathustra, è la vita che immerge il coltello nella vita» (Ivi, p. 1128). Secondo me non c'è migliore definizione dell'operare del simbolo che implica la tensione degli opposti, la lacerazione, la disgregazione dell'identità e la trasformazione del soggetto.

Anna Freud (1895-1982) e i meccanismi di difesa

Come abbiamo precedentemente accennato, nelle opere di Freud posteriori al 1920, a partire da *Al di là del principio di piacere* (1920) e da *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921), l'attenzione dell'autore si sposta dalle vicende pulsionali all'Io e ai suoi dispositivi di difesa nei confronti dell'angoscia, al suo fragile equilibrio tra le pressioni dell'Es, le istanze del Super-io e le richieste della realtà. La figlia Anna viene considerata come l'erede diretta di questo nuovo orientamento della psicoanalisi freudiana, ma al suo nome possiamo aggiungere quello di altri autori come Hartmann, Jacobson, Kris, Greenacre, Spitz, Loewald. Mahler. Noi accenneremo brevemente soltanto ad Anna Freud e a Margareth Mahler che ci sembrano comunque due rappresentanti di spicco di questa prospettiva i cui contributi hanno mantenuto una indiscutibile attualità, anche se parte delle teorie e delle osservazioni della Mahler sono state confutate da Stern (vedi in seguito).

Anna Freud, dopo essersi rifugiata da Vienna a Londra col padre nel 1938 a causa delle persecuzioni dei nazisti, fondò durante la seconda guerra mondiale le Hampstead War Nurseries che erano istituti di assistenza per bambini senza genitori e dopo la guerra creò la Hampstead Child-Therapy Clinic. Già dagli anni '20 Anna Freud aveva preso ad occuparsi della possibilità di applicazione del trattamento psicoanalitico ai bambini e aveva introdotto l'osservazione diretta del bambino. Anche Melanie Klein si stava specializzando nello stesso settore e le due autrici furono protagoniste di un lungo e acceso dibattito sulle modalità specifiche da adottare nell'analisi infantile. Melanie Klein era convinta dell'opportunità di un'analisi precoce secondo modalità simili a quelle degli adulti, mentre Anna Freud sottolineava alcune fondamentali differenze e cioè: 1) il bambino non decide di andare in analisi ma vi viene portato dagli adulti che vedono nel figlio dei problemi di cui spesso egli non è affatto consapevole. Mancherebbero quindi gli elementi fondamentali per istituire con il piccolo paziente un rapporto terapeutico; 2) il bambino non può vivere ed elaborare una nevrosi di transfert perché è ancora in rapporto stretto con le presenze concrete dei genitori. Infine 3) è difficilmente applicabile ai bambini la tecnica delle libere associazioni perché essi non sono in grado di sospendere il pensiero cosciente. Anna Freud dunque riteneva necessario un periodo preliminare di preparazione del bambino all'analisi, utilizzava poi soprattutto l'analisi dei sogni e quella dei disegni del bambino, coinvolgeva i genitori nel processo terapeutico analizzando i loro comportamenti nei confronti del figlio e istruendoli a comprenderne i bisogni.

Melanie Klein era in disaccordo con Anna Freud su tutti i punti appena elencati. Avendo anticipato il periodo del complesso edipico, riteneva possibile lavorare sul transfert anche di bambini molto piccoli. Riteneva perciò inutile un periodo di preparazione all'analisi. Utilizzava come tecnica fondamentale il gioco spontaneo e a questo scopo teneva diversi giocattoli nella stanza di consultazione. Riteneva che il gioco fosse uno strumento analogo alle libere associazioni e comunicava continuamente al bambino le sue interpretazioni.

Anna Freud descrisse in termini psicoanalitici le fasi evolutive di un processo che inizia con la totale dipendenza del neonato dalle cure materne fino all'indipendenza del giovane adulto.

NeH'opera *L Io e i meccanismi di difesa* (1936), riprese e completò le teorie del padre su questo argomento. Come abbiamo visto, le difese sono le strategie che l'Io adotta per proteggersi dall'angoscia (angoscia di fronte alle pulsioni, angoscia reale, angoscia morale) e dal dolore, da pericoli esterni ed interni, fanno parte quindi della struttura psichica di tutti gli individui e diventano patologiche solo quando funzionano come reazioni automatiche indifferenziate e non adattive, quando il soggetto ne è sopraffatto, quando limitano lo sviluppo del suo lo e non hanno per lui una reale utilità. Dato che secondo Anna Freud non possiamo conoscere l'Es se non tramite i suoi derivati mediati dall'Io, l'analisi dei meccanismi difensivi, che originano dalla parte inconscia dell'Io, assume un'importanza centrale nella terapia. Elenchiamo i meccanismi di difesa descritti da Anna Freud, la maggior parte dei quali erano già stati illustrati dal padre anche se in maniera non sistematica.

Regressione. Di fronte a difficoltà esterne o interne, il soggetto ritorna a modalità di comportamento o di funzionamento mentale proprie di una fase evolutiva già superata. In analisi può accadere che un soggetto che riesce a sperimentare nuove modalità di pensiero e comportamento, torni poi per un periodo alle vecchie abitudini. Si tratta di un'oscillazione normale di un processo analitico orientato globalmente in senso evolutivo. Sempre nel processo analitico, la regressione a fasi precedenti di sviluppo del paziente gli consente di rielaborare nel transfert passati conflitti.

Formazione reattiva. Implica la conversione di un affetto negativo in positivo e viceversa, ad esempio l'odio in amore, l'attrazione in disprezzo, ecc. in modo totalmente inconscio. Può accadere, ad esempio, ad un bambino, che ha appena avuto un fratellino, di convertire in atteggiamenti di premura anche eccessiva la sua rabbia e la sua gelosia, salvo poi tradire la vera natura dei suoi sentimenti attraverso pericolose sbadataggini; oppure ad un adulto che è fatalmente attratto da una donna di essere aggressivo e sprezzante con lei. Nei pazienti ossessivi i comportamenti compulsivi di pulizia potrebbero coprire un bisogno di sporcare.

Isolamento (dell'affetto). L'aspetto affettivo di una esperienza viene separato da quello cognitivo e viene dimenticato. Ciò può accadere ad esempio nel ricordo di un'esperienza traumatica: si elencano freddamente i fatti ma non si ricordano più le emozioni provate perché il ricordarle riattualizzerebbe in toto un'esperienza intollerabile. L'isolamento può diventare anche una difesa abituale in assenza di trauma a seguito di un determinato stile educativo teso a produrre un rifiuto delle emozioni e degli atteggiamenti emotivi.

Annullamento retroattivo. E' il tentativo inconscio di cancellare magicamente - attraverso un gesto, un'azione, un rituale - un affetto o una rappresentazione disturbanti, di solito un senso di colpa o di vergogna. E' caratteristico dei pazienti ossessivo-compulsivi. L'aspetto magico è tipico di un pensiero onnipotente che tenta di cancellare con un'azione purificatoria sentimenti ostili o pensieri di morte.

Introiezione. E' una forma infantile di incorporazione dell'altro, di solito un genitore, che viene assimilato come parte integrante della propria struttura psichica. 11 soggetto allora non può distinguere tra la rappresentazione di sé e dell'altro in quanto l'altro é parte di sé. Così vengono introiettati divieti, aspettative, cure dei genitori o di altri.

Identificazione. E' la tendenza, normale nel periodo evolutivo, a copiare atteggiamenti degli altri sulla base del desiderio di essere come loro o al loro posto, come accade ad esempio nel complesso edipico con la figura del genitore dello stesso sesso. Rispetto all'introiezione, rappresenta un livello più evoluto che implica una scelta degli aspetti altrui o delle persone con cui ci si identifica.

Proiezione. E' il meccanismo per cui si considerano provenienti dal mondo esterno o vengono attribuiti a qualcun altro sentimenti e impulsi propri, vissuti come inaccettabili. Tipici sono i meccanismi proiettivi della paranoia.

Rivolgimento contro se stessi. Consiste nello spostare da un oggetto esterno verso il proprio sé un affetto o un atteggiamento negativo. Capita ad esempio ai bambini che rivolgono contro se stessi sentimenti negativi che provano nei confronti dei genitori perché, dipendendo da loro, hanno paura delle eventuali ritorsioni o di perderne l'affetto. Si può riconoscere questo meccanismo anche negli adulti che hanno imparato fin da bambini a colpevolizzarsi per tutte le circostanze contrarie che si trovano ad affrontare. Un caso eclatante di manifestazione sintomatica del ri volgimento contro se stessi è l'autolesionismo.

Inversione nel contrario. La fantasia riesce a rovesciare una situazione reale spiacevole trasformandola esattamente nella situazione opposta, come quando un bambino immagina di sottomettere un adulto al suo potere. Oppure può accadere che una pulsione venga trasformata nel suo contrario, ad es. una pulsione aggressiva viene trasformata nella paura di essere aggredito.

Sublimazione. Come abbiamo visto, è una difesa che appartiene più alla normalità che alla nevrosi, e consiste nel fatto che l'energia libidica pulsionale viene deviata verso espressioni socialmente apprezzate, come la creatività artistica e intellettuale.

Identificazione con l'aggressore. Questo meccanismo è descritto da Anna Freud in un modo diverso da quello di Ferenczi. Qui non è la colpa dell'adulto che viene introiettata, ma l'oggetto cattivo: il bambino gestisce la paura dell'aggressore trasformandosi in quello, per cui riproduce con gli altri i comportamenti del suo aggressore e ne assume l'identità.

Una forma di altruismo. Con questa espressione Anna Freud indica il caso di un soggetto che rinuncia ai propri desideri per sostituirne la gratificazione attraverso quella dei desideri di qualcun altro. Si gratifica attraverso le gratificazioni dell'altro, «vive nella vita degli altri anziché fare esperienze proprie» (A. Freud. 1936. p. 232).

Ascetismo e intellettualismo. E' una forma di separazione tra emozioni e intelletto. Consiste nel controllare impulsi e affetti rifugiandosi in attività e speculazioni intellettuali.

Diniego. Esattamente come in Freud, la realtà è rinnegata e trasformata con la fantasia secondo il desiderio e in questo modo diventa accettabile. Il bambino inoltre si sene anche delle azioni, ad esempio il gioco, per rinnegare la realtà spiacevole e sostituirla con una accettabile. Il diniego può essere realizzato anche con le parole, come quando una mamma dice al bambino che si è appena fatto male:"non è niente!".

Restrizione dell'Io. L'Io del soggetto riesce ad evitare un'impressione esterna penosa restringendo il campo di azione dell'Io in modo da non incontrare la situazione esterna pericolosa che può generare quell'impressione.

Le angosce che colpiscono l'Io e mettono in movimento i meccanismi di difesa sono collegate alla realtà esterna, alle richieste pulsionali e alla severità del Super-io. In quest'ultimo caso è opportuno esplorare il Super-io e le identificazioni che lo hanno costituito onde rendere il soggetto più consapevole dell'azione che quello esercita su di lui. Nel caso che l'Io si difenda da un eccesso di richieste pulsionali, è opportuno intervenire rafforzando e sostenendo l'Io. L'esistenza delle difese è riscontrabile solo indirettamente, attraverso il loro effetto che determina comportamenti anomali e conflitti dolorosi. E' possibile riconoscerle anche nell'analisi delle resistenze. Comunque, trattandosi di meccanismi al servizio della sopravvivenza del soggetto rispetto a situazioni esterne e interne di difficoltà, devono essere smantellate con cautela, in modo da non privare l'Io di un sostegno prima che sia pronto a rinunciarci.

Margareth S. Mahler (1897-1986)

La Mahler costruì una teoria dello sviluppo attraverso l'osservazione diretta dei bambini, in particolare di quelli molto piccoli, e delle interazioni nelle coppie madre-bambino. Cercò di integrare gli assunti della psicoanalisi sulle prime fasi dello sviluppo infantile con alcuni aspetti della teoria di Piaget.

Complessivamente chiama il percorso dello sviluppo infantile precoce «processo di separazione-individuazione» (Mahler, Pine, Bergman, 1975) che suddivide in sottofasi mentre due fasi lo precedono, la/ave *autistica* e la /ave *simbiotica.* Descriviamo dunque brevemente l'intero processo.

I) *Fase autistica,* caratterizza i primi due mesi di vita del bambino ed è così chiamata perché il bambino vive una condizione in cui dominano gli stati fisiologici e mancano invece risposte agli stimoli esterni che incontrano una sorta di barriera paraeccitazioni. Lentamente il neonato verso la fine di questa fase comincia a sviluppare le prime forme di contatto con la madre e risponde alle sue cure.

Fase simbiotica, va dai due ai sei mesi. La madre e il bambino costituiscono un sistema unitario, fusionale ed è all'interno di questa unità che il bambino sviluppa il suo senso di onnipotenza, cioè sperimenta l'illusione di un confine comune con la madre, all'interno del quale non vive alcuna differenziazione tra il suo lo e il mondo esterno.

Madre e bambino costituiscono dunque una diade simbiotica. Tuttavia è alla fine di questa fase che cominciano ad apparire i primi segni di una comunicazione tra madre e bambino, come il sorriso specifico di risposta descritto da Spitz, cioè il sorriso rivolto specificamente al volto della madre che viene riconosciuto dal bambino.

Fase di separazione- individuazione, suddivisa in quattro *sottofasi..*

Sotto fase di differenziazione, tra i sei e i dieci mesi. Il bambino comincia a percepire la distinzione tra sé e la madre e le assenze della madre. Inizia ad osservare attentamente gli oggetti, tornando poi a volgere lo sguardo verso la madre. Ne esplora il volto in modo diverso da quello degli estranei (in modo gioioso quello della madre, più serio quello degli altri).

Sottofase di sperimentazione, tra il decimo e il sedicesimo mese. Avendo acquisito capacità motorie, il bambino inizia ad esplorare Tambiente allontanandosi dalla madre, per poi far ritorno presso di lei ed appagare il bisogno di «rifornimento affettivo». Con la deambulazione eretta poi il campo visivo del bambino si ampia tanto quanto la sua capacità di movimento e di esplorazione; il bambino vive una sorta di euforia che cessa soltanto quando la madre si allontana.

Sottofase di riavvieinamento, tra i sedici e i ventiquattro mesi. Mano a mano che il bambino, con Taumento delle capacità di locomozione, sperimenta la soddisfazione di allontanarsi sempre di più dalla madre, diviene sempre più consapevole di essere separato da lei, e, non sentendosi ancora in grado di affrontare il mondo esterno da solo, sembra soffrire di un'angoscia di separazione che lo spinge a riavvicinarsi spesso alla madre per assicurarsi di non averla persa. Cerca quindi di condividere con lei le sue esperienze di esplorazione, la segue come un'ombra ma al tempo stesso ha paura di essere ripreso nella simbiosi. A seguito di questa ambivalenza nel rapporto con la madre, diventano importanti figure diverse da quella della madre, prima tra tutte quella del padre. Infine, nel conflitto tra allontanamento e riavvicinamento, il bambino ritrova, soprattutto attraverso il linguaggio e il gioco simbolico, una distanza ottimale.

Sottofase del consolidamento del senso di individualità e inizio della costanza dell'oggetto, che corrisponde all'incirca al terzo anno di vita. La costanza dell'oggetto e il senso della propria individualità sono le conquiste di questa sottofase. La madre è stata dunque interiorizzata come un oggetto interno emotivamente rassicurante e quindi il senso di sicurezza e di fiducia del bambino non dipende più dalla presenza concreta della madre. L'esperienza non angosciosa della separazione, facilita la strutturazione dell'Io con le relative acquisizioni cognitive e il formarsi di un Super-io attraverso rinteriorizzazione delle richieste dei genitori.

Gli effetti dell'andamento delle fasi si ripercuotono sull'intero ciclo di vita dell'individuo. Ad esempio, le ambivalenze della sottofase di riavvicinamento hanno una tipica recrudescenza negli adolescenti come dimostra il conflitto che essi vivono, con alterne vicende, tra dipendenza e distacco dalle figure dei genitori.

Le osservazioni della Mahler furono molto innovative per il periodo in cui vennero condotte, gli anni '50, e soprattutto rispetto ai tradizionali studi psicoanalitici sul periodo evolutivo, eseguiti su casi singoli e consistenti per la maggior parte in estrapolazioni fatte dalla psicologia e dalla psicopatologia degli adulti. La Mahler eseguì invece un'osservazione longitudinale su un gruppo di bambini con le loro madri per tutto il periodo coincidente con la fase di separazione-individuazione, osservazione da cui derivò la classificazione e la descrizione delle sottofasi messe a punto grazie al confronto di più soggetti. Non applicò invece l'osservazione alle prime due fasi che quindi furono formulate solo attraverso inferenze derivate dalla psicopatologia (la ricerca della simbiosi che si verifica nelle psicosi) e sulla base degli assunti teorici della psicoanalisi. Furono dunque le prime due fasi quelle su cui si appuntarono le critiche, tra cui quelle di Stern (vedi nel capitolo a lui dedicato) il quale sostiene, sulla base di dati osservativi, che il bambino vive fin dalla nascita un'intensa relazione con l'ambiente. A seguito del dibattito che si verificò attorno alle teorie della Mahler, questa apportò alcune correzioni alle prime due fasi senza tuttavia modificarle nella sostanza.

Harry Stack Sullivan (1892-1949)

Tra psichiatria e psicoanalisi

Laureatosi in medicina all'Università di Chicago nel 1917, Sullivan diresse un reparto sperimentale per schizofrenici maschi allo Sheppard and Enoch Pratt Hospital di Towson nel Maryland. Questa esperienza può essere considerata il prototipo delle odierne comunità terapeutiche.

Attraverso la cura degli schizofrenici l'Autore sviluppò la sua «teoria interpersonale» e le sue riflessioni cliniche che divulgò principalmente attraverso lezioni e conversazioni. Pubblicò infatti un solo libro, *Teoria interpersonale della psichiatria* (1953) mentre gli altri volumi usciti col suo nome sono raccolte di appunti delle sue lezioni pubblicate dai suoi allievi. Nel ricostruire organicamente il suo pensiero seguiamo la traccia proposta da Greenberg e Mitchell (1983).

Negli anni in cui Sullivan iniziò ad esercitare la professione di psichiatra, la clinica della schizofrenia era totalmente dominata dalle teorie di Kraepelin e dal suo manuale più volte aggiornato nel quale la schizofrenia veniva chiamata «dementia praecox», mentre la psicoanalisi aveva appena fatto la sua comparsa nel mondo psichiatrico americano. Il nome di dementia praecox corrispondeva alla concezione che Kraepelin aveva di questa malattia i cui sintomi egli considerava provocati da un irreversibile e progressivo deterioramento

neurologico che porterebbe ad un conseguente deterioramento del funzionamento mentale ed emotivo. Riteneva quindi inutile qualunque tipo di trattamento per coloro che ne erano affetti e che ci si dovesse limitare a studiarli contenendoli per il resto della loro vita in apposite strutture. Sullivan riteneva invece, in base alla sua esperienza, che la schizofrenia fosse curabile e che i fenomeni schizofrenici avessero un significato esattamente come i sintomi nevrotici secondo la psicoanalisi. Riteneva inoltre che i pazienti studiati e intervistati da Kraepelin per sostenere la sua teoria, soffrissero non tanto di schizofrenia ma di una «sindrome manicomiale» dovuta al loro lunghissimo ricovero in istituti in cui non era stata rivolta loro alcuna attenzione terapeutica.

Gli aspetti apparentemente incomprensibili delle varie manifestazioni della schizofrenia divengono intelligibili, secondo Sullivan, se inquadrati nelle vicissitudini delle relazioni interpersonali del soggetto con le persone significative, in particolar modo i familiari. Quindi, secondo l'Autore, la schizofrenia non è una malattia degenerativa a base organica ma un grave disturbo della capacità di entrare in relazione con gli altri, disturbo causato da esperienze relazionali familiari devastanti per il soggetto. Stando cosi le cose, la relazione tra paziente e terapeuta diviene l'opportunità cruciale per un cambiamento del destino della malattia e in questa relazione è fondamentale l'atteggiamento del medico nei confronti del paziente, un atteggiamento che deve essere rivolto alla comprensione del l'esperienza dell'altro e non deve essere pregiudicato né da classificazioni nosografiche né da assunti teorici sull'altro e sul suo mondo interno.

Proprio in funzione antikraepeliniana, Sullivan si rivolse alla psicoanalisi negli anni venti ma nel giro di un decennio assunse un atteggiamento critico nei confronti di alcuni fondamentali assunti della teoria freudiana e sviluppò una propria prospettiva sulla genesi dei disturbi psicotici e nevrotici.

Per quanto riguarda la schizofrenia, sebbene la psicoanalisi offrisse un punto di vista totalmente differente dall'approccio biologistico di Kraepelin, secondo Sullivan concordava con quello sull'impossibilità di trattamento per gli schizofrenici. Come ricorderemo infatti le nevrosi narcisistiche, di cui farebbe parte la schizofrenia, non consentendo il transfert, non sono considerate curabili col trattamento psicoanalitico. Questo assunto non coincideva affatto con l'esperienza di Sullivan. Il contatto diretto con i pazienti, considerati non per la loro identità di malati ma nella loro unicità di individui e come fonte inesauribile di nuove conoscenze, fu dunque per l'Autore lo strumento di indagine e lo stimolo alla teorizzazione molto più dei supporti teorici preesistenti. Come Jung, anche Sullivan ricavò dalle sue esperienze cliniche con pazienti schizofrenici l'idea che la ricchezza e la complessità di ciascun individuo oltrepassi di gran lunga le possibilità di comprensione fornite da strumenti diagnostici e da teorie sulla struttura del mondo interno dei soggetti e che esiste sempre un notevole divario tra le affermazioni che hanno un carattere generale e la realtà delle singole persone, tanto che i vissuti dell'altro risultano conoscibili sempre con grande approssimazione.

Questa prudenza fenomenologia, questo senso del limite e della pericolosità di ogni ipostatizzazione dell'esperienza soggettiva, sono dunque alla base dell'assetto teorico-pratico dell'approccio interpersonale secondo il quale gli oggetti della clinica, quelli a cui si applica l'osservazione e attraverso i quali si realizza la cura dell'altro, sono sempre fenomeni interpersonali: lo sono le esperienze di cui parla il paziente e lo è il campo di interazione tra paziente e terapeuta e quest'ultimo raccoglie i suoi dati e le sue conoscenze sull'altro non come un osservatore oggettivo ma come un *oxservatorepartecipante* del campo interpersonale. Anche le reazioni dell'osservatore all'altro fanno dunque parte del campo di osservazione. Ciò che si vede dell'altro è esattamente ciò che egli ci racconta di sé, dei suoi vissuti e ciò che accade nella relazione terapeutica. Ciò che non si vede non può essere oggetto della cura perché facilmente viene colonizzato, «arredato» dalle inferenze del terapeuta senza che queste possano avere un riscontro oggettivo nell'esperienza del paziente. Dunque occorre evitare di intravedere processi ed eventi intemi laddove per il paziente c'è solo buio, oblio, incomunicabilità. L'inconscio, in questo senso, è una lacuna che non è possibile colmare con le ipotesi; dei processi nascosti si può supporre la presenza ma non se ne può dichiarare la sostanza. Ed è quindi inutile parlare di processi generali e postulare principi universali come ha fatto Freud ad esempio nel caso della pulsione di morte o dell'angoscia di castrazione, quando poi non se ne può dimostrare la realtà effettiva.

Secondo Sullivan Freud ha sottovalutato l'aspetto relazionale e culturale dei disturbi che ha osservato, ha focalizzato la sua attenzione sulle dinamiche intrapsichiche delle pulsioni per spiegare eventi, come il complesso edipico, che potrebbero meglio essere spiegati con considerazioni di tipo socio-culturale, come ad esempio il valore che assumono nella nostra società la competitività, la gelosia, l'ipocrisia sessuale. Infine Sullivan critica il dogmatismo freudiano che fa da supporto ad una pratica dalle certezze facili.

Due categorie di motivazioni

La personalità degli individui si manifesta sempre e soltanto attraverso le interazioni ed è da queste continuamente rimodellata, quindi non è conoscibile come qualcosa di statico e permanente, è soggetta invece al cambiamento continuo a seconda delle esperienze relazionali che caratterizzano la vita del soggetto. Ci sono tuttavia due ordini di motivazioni che si rendono sistematicamente manifeste nella vita relazionale degli individui e che detenninano il dinamismo della vita mentale soggettiva: i *bisogni di soddisfazione* e i *bisogni di sicurezza.*

I bisogni di soddisfazione sono di varia natura, sono fisiologici ed emotivi, bisogni di cibo, di contatto fisico e di contatto emotivo, bisogno di calore, bisogno di relazione, ecc., fino al bisogno più maturo di esprimere le proprie capacità e di esprimere se stessi.

Il paradigma dell'espressione del bisogno nell'ambito di un'interazione può essere costituito da ciò che accade nella diade madre bambino. Quando quest'ultimo avverte ed esprime la tensione di un bisogno, si genera una tensione complementare nella madre che sperimenta un senso di tenerezza e un impulso a soddisfare il bisogno del bambino. Come il bambino ha bisogno di cibo, nello stesso modo la madre avverte il bisogno di allattarlo. Un bisogno nel soggetto sollecita una risposta nell'ambiente e da questa corrispondenza nasce una relazione e si integrano tra loro due soggettività. Questi scambi tra il soggetto e l'ambiente si realizzano nel bambino piccolo in «zone di interazione» che sono l'orale, la retinica, l'auditiva, la tattile, la vestibolare, la cinestetica, la genitale, l'anale. Queste zone funzionano da canali interattivi per la soddisfazione dei bisogni e per l'integrazione dei rapporti interpersonali.

Quindi nell'espressione dei propri bisogni vengono integrate le risposte degli altri e finché vi è questo equilibrio fluido tra l'ambi ente e il soggetto, questi fa esperienza di un senso di soddisfazione, tutto appare scorrevole e sereno. Ma a rompere l'equilibrio interviene l'angoscia che ad ogni età costituisce la principale sofferenza psichica.

Il potere che l'angoscia ha di rompere l'equilibrio tra soggetto e ambiente le deriva dalle circostanze interattive che la provocano. Vediamo dunque come nascono le angosce che affliggono la vita degli individui e come vi si installano. Quando il bambino è piccolo soffre di paure di vario genere che derivano da disturbi nelle percezioni (come rumori improvvisi e troppo forti) o da pericoli esterni che minacciano la sua vita (come la fame). Quando il bambino comunica la tensione della sua angoscia alla madre può succedere che questa, entrando in un legame empatico col figlio, provi a sua volta come risposta al bisogno di rassicurazione del bambino un'angoscia ancora più forte finendo per trasmettere questa angoscia al bambino il quale vede aumentare di riflesso la sua. Si innesca quindi un circolo vizioso, un «effetto valanga», in cui l'angoscia dell'uno provoca e rinforza quella dell'altro e viceversa.

L’angoscia ha un effetto disintegrante, non crea integrazioni come gli altri bisogni, e la prima distinzione tra i propri stati interni che il bambino apprende è quella tra stati di angoscia e quelli di non angoscia. Dato che l’angoscia è connessa al rapporto con la madre, intesa nel senso della figura di accudimento, la distinzione che il bambino opera è tra la buona madre, collegata all’assenza di angoscia, e la cattiva madre, collegata all'angoscia. L'una e l’altra verranno evocate ogni volta che il bambino vive relazioni non angosciose o angosciose, quindi egli scopre che esistono sia due differenti stati d’animo sia due differenti tipi di interazione. Dunque assume grande importanza per la crescita psicologica del bambino il fatto che i genitori siano dominati da stati di angoscia o meno e come regolano le loro risposte alla sua angoscia, possiamo anzi dire che il Sé del bambino si rispecchia totalmente in questi tipi di risposta alla sua angoscia. Queste prime esperienze del bambino costituiscono delle «apprensioni» (nel senso di apprendimenti) che vengono conservate e utilizzate nella strutturazione del suo Sé anche se si tratta di esperienze che non vengono memorizzate e comprese come tali. Il bambino impara presto ad individuare i segni che caratterizzano la madre cattiva (angosciata), impara poi che la madre cattiva e quella buona convivono nella stessa persona quindi a sapere quali sono i comportamenti da lui messi in atto che possono aumentare o diminuire l’angoscia della madre. In altre parole, impara a regolare i suoi comportamenti secondo gli effetti presumibili che essi possono avere sulla madre e i suoi stati d’angoscia e a controllare sia l'angoscia di lei che conseguentemente la propria, cioè mette in atto solo una serie di comportamenti che non creano angoscia né a lei né di conseguenza a se stesso. Costruisce cosi il suo Sé sulla base dell’esclusione dell’angoscia, perché questo è l’unico modo per soddisfare il suo bisogno di sicurezza.

Il Sé ha nella teoria di Sullivan una duplice valenza: da un lato esso è costituito da quello che gli altri pensano che il soggetto sia, dalle loro reazioni ai comportamenti del soggetto, dalle loro aspettative e dai loro giudizi su di lui. Il soggetto riconosce se stesso in questi giudizi e aspettative e quindi in quello che gli altri pensano di lui. In questa definizione del Sé Sullivan è debitore di George H. Mead e della sua psicologia sociale che definisce il Sé in modo analogo (Mead, 1934, pp. 159-160). Il soggetto riconosce quindi come se stesso quelle sue caratteristiche che corrispondono agli apprezzamenti positivi degli altri; quello che gli altri non apprezzano, disconoscendolo o rifiutandolo, il soggetto tende a non riconoscerlo come parte di sé anche se tutto ciò fa comunque parte di lui senza che lui lo sappia.

D’altro lato il Sé seleziona attivamente le esperienze che devono far parte di lui perché approvate dagli altri, quindi è un'istanza attiva che manovra proteggendosi da quello che il soggetto non può ammettere di se stesso, attraverso varie «operazioni di sicurezza» che, come vedremo, comprendono vari tipi di autoinganni, razionalizzazioni e illusioni. Complessivamente, il Sé come costruzione da parte dei giudizi degli altri e il Sé come istanza selettiva, costituiscono il «sistema del Sé».

Per proteggersi dall’angoscia, il Sé deve costruirsi secondo le interazioni con quei personaggi significativi che hanno il potere di creare angoscia al bambino, deve ricalcarsi sulle loro aspettative, limitarsi entro le coordinate di personalità e di carattere che quelle prescrivono e deve escludere possibilità non corrispondenti a quelle aspettative. Le aree di esperienza che corrispondono alle aspettative materne vanno a costituire r«Io buono» del soggetto, quelle aree di esperienza che potrebbero creare angoscia alla madre e quindi anche al bambino formano invece l’«Io cattivo». Ma vi sono anche aree di esperienza che creano nella madre un’angoscia molto forte e queste vanno a costituire un «non-Io», un’area completamente dimenticata, temuta e non integrata che può produrre le angosce più profonde. Se all’inizio il bambino costruisce il suo Sé in base alle risposte altrui, da un certo punto in poi la risposta della madre non è più necessaria, l’Io buono e l’Io cattivo si sono stabilizzati, quindi le esperienze dell’Io buono sono accompagnate da senso di sicurezza, quelle dell’Io cattivo da angoscia; le esperienze del non-Io sono segregate in un'area infrequentabile di fortissima angoscia. Le primitive esperienze di angoscia che sono state vissute senza difese e protezioni dal bambino, lasciano la loro traccia nell’adulto sotto forma di un’angosciante paura dell’angoscia stessa. Anche se questa è limitata e le risorse dell'adulto per affrontarla sono sicuramente maggiori di quelle del bambino, il terrore dell'angoscia determina quali esperienze l’adulto sente di poter affrontare senza perdere il controllo su di sé e sulla vita.

Dunque il soggetto tende a proteggersi limitando le sue esperienze a quelle che non producono angoscia, in questo modo però il suo Sé rischia di isolarsi sempre più in una zona iperprotetta da operazioni di sicurezza che escludono ogni novità dalla vita mentale del soggetto e dalla sua esperienza. Il soggetto ad esempio tende a vivere in maniera deformata i rapporti con gli altri compiendo continuamente delle «distorsioni paratattiche», cioè riconducendo quei rapporti a modelli immaginari di rapporto, «modelli relazionali illusori me-te» in cui sono già previste le relazioni tra il Sé e l'altro, i reciproci ruoli, secondo modalità che non producono angoscia. Questi modelli illusori che distorcono la realtà effettiva dei rapporti attuali sono ricavati dall'esperienza di interazioni reali e passate nelle quali il Sé ha sperimentato un senso di sicurezza e di controllo, per cui, allo stato attuale, l'altro viene personificato in modo distorto come parte riattualizzata di una relazione già vissuta. In queste passate esperienze di rapporto il bambino si è già confrontato con l'angoscia e ha già messo in atto delle strategie relazionali per dominarla. Questa possibilità di manipolare l'esperienza dà al soggetto un senso di potenza e di controllo sulla vita, che ha un carattere tipicamente narcisista ed ha a che fare con le tematiche narcisistiche del dominio, del prestigio, del successo.

E' ovvio che il bisogno di sicurezza dall'angoscia è in conflitto con il bisogno di soddisfazione, che è mosso invece dal desiderio verso la vita ma anche verso l'incertezza. Dunque la vita stessa è il risultato di una tensione dialettica tra bisogno di soddisfazione e bisogno di sicurezza. Il terrore fobico dell'angoscia e il bisogno di sicurezza interrompono continuamente il flusso spontaneo e quieto della vita basata sulla soddisfazione dei bisogni. Il Sé si salva da questo terrore creandosi l'illusione del dominio sulla vita stessa.

Implicazioni terapeutiche

L'atteggiamento terapeutico di Sullivan è impostato esattamente al contrario della neutralità freudiana ed è definito, come abbiamo precedentemente anticipato, osservazione partecipante. Ciò significa che Sullivan, conseguentemente alla sua teoria delle distorsioni paratattiche messe in atto dal sistema del Sé in funzione dei suoi bisogni di sicurezza, ritiene che il colloquio clinico sia uno spazio interattivo in cui quelle distorsioni prendono ad occupare la scena relazionale. In altre parole il terapeuta è chiamato ad assumere un ruolo attribuitogli dalle «relazioni illusorie me-te» del paziente e, partecipando attivamente all'interazione, influenza a sua volta le risposte del paziente. E' suo compito ovviamente monitorare lo stato della relazione nel qui ed ora, ma non procede attraverso tecniche che possano stimolare una regressione del paziente a cui è richiesto invece di rimanere vigile e di cooperare con il terapeuta alla continua definizione dello stato della loro relazione nel qui ed ora. Il paziente ha diritto tanto quanto il terapeuta di formulare le sue osservazioni sulla relazione; di fatto, comunque, egli riattualizzerà le distorsioni che il suo sistema di difesa dall'angoscia ha messo in atto nella sua infanzia e che il paziente continua a mettere in atto anche nelle sue attuali relazioni extraanalitiche. La relazione paziente-terapeuta diviene dunque il laboratorio in cui quelle distorsioni possono essere osservate e di comune accordo tra terapeuta e paziente possono essere smontate. Questa operazione ha come effetto quello di far emergere le angosce rispetto alle quali le distorsioni costituiscono una difesa. E' quindi indispensabile che il terapeuta non si avventuri in attacchi alle difese e in interpretazioni premature. Prima occorre che il paziente abbia acquistato fiducia nella relazione soprattutto grazie all'atteggiamento non invadente del terapeuta e alla sostanziale simmetria della relazione per cui l'opinione del paziente vale quanto quella del terapeuta e non c'è interpretazione del qui ed ora che non sia di fatto concordata tra i due. Grazie alla fiducia che il paziente acquisisce nella relazione, diviene possibile interrogare le sue difese (è noto l'ampio uso di domande nelle terapie di Sullivan) e, mano a mano che le distorsioni vengono smontate, elaborare le angosce sottostanti e il bisogno di occultarle. La tecnica di Sullivan è basata più che sull'interpretazione sulla messa a confronto del paziente con l'irrazionalità delle sue difese. Una volta che vi sia accordo su questo punto tra terapeuta e paziente, possono essere individuate modalità relazionali più adeguate per ottenere maggiori gratificazioni nella vita esterna senza perdere la stabilità del Sé.

La metodologia di Sullivan costituì al tempo un'assoluta novità ed è poi entrata a far parte integrante delle moderne pratiche della psicoterapia psicoanalitica in particolare quelle centrate su un approccio interpersonale.

Melanie Klein (1882-1960)

La tecnica del gioco e la psicoanalisi dei bambini

Melanie Klein fu allieva di Ferenczi e di Abraham. Le sue teorie furono al centro di un ampio dibattito all'interno della Società psicoanalitica britannica negli anni '30 - '40 e in particolare la sua teoria sull'analizzabilità dei bambini in età precoce, anche sotto i tre anni, produsse un'accesa polemica con Anna Freud in seguito alla quale si formarono tre gruppi all 'interno della Società, uno che faceva capo ad Anna Freud, un altro a Melanie Klein, e il terzo che si definì come gruppo degli indipendenti a cui appartennero autori di rilievo come Winnicott, Fairbaini, Balint. Le teorizzazioni della Klein dettero un impulso decisivo allo studio delle possibilità di applicazione della psicoanalisi alla comprensione e alla cura dei disturbi gravi come le psicosi e il disturbo borderline. Diversi autori usufruirono della sua influenza diretta, tra cui, di quelli che considereremo in questo testo,Winnicott e Bion.

Il gioco fu lo strumento attraverso il quale la Klein praticò la sua analisi con i bambini. Ella considerava il gioco come l'equivalente delle libere associazioni negli adulti, dato che in esso i bambini esprimono simbolicamente fantasie, desideri ed esperienze nella stessa forma arcaica dei sogni.

Per la sua analisi con i bambini la Klein si serviva di giocattoli, figurine, mattoni, trenini, casette, figure umane femminili e maschili, biglie, forbici, plastilina, matite, carta; oggetti che ogni bambino riponeva al termine della seduta in una scatola personale che di volta in volta avrebbe riutilizzato. Tramite l'uso di questi oggetti il bambino aveva la possibilità di esprimersi liberamente allo stesso modo in cui i pazienti adulti si esprimevano utilizzando la tecnica delle libere associazioni e l'analista poteva interpretare fantasie, conflitti e difese del piccolo paziente basandosi sui suoi giochi senza intervenire in alcun modo durante lo svolgimento del gioco, allo stesso modo in cui nell'analisi degli adulti l'analista non doveva influenzare l'andamento delle libere associazioni.

La Klein di fatto riteneva che il gioco non fosse solo un divertimento e un modo per padroneggiare ed esplorare il mondo esterno ma che fosse anche un mezzo per esplorare e padroneggiare l'angoscia, una forma di difesa che, attraverso *Vespulsione* e la *proiezione* di contenuti angoscianti, aveva la funzione di arrecare sollievo da stati persecutori interni. Ad esempio, recitare delle parti nel gioco può servire, secondo l'Autrice, a distinguere e isolare le identificazioni e ad espellere le figure severe e persecutorie che, assimilate nel Sé, lo tormentano dal di dentro, in modo tale da provare un senso di libertà ed alleggerimento, che è appunto il piacere principale del gioco.

La Klein scopri inoltre che l'interpretazione data ai bambini riguardo al loro modo di giocare modificava la loro angoscia nel momento in cui veniva loro comunicata e quindi durante le sedute con i suoi piccoli pazienti riferiva loro il contenuto delle sue interpretazioni.

La natura e l'origine degli oggetti

Nel 1920 Freud in *Al di là del principio di piacere* aveva ipotizzato 1'esistenza di una pulsione di morte, accanto a quella di vita (libido), rilevando questa pulsione in ambito clinico nella coazione a ripetere certe esperienze dolorose.

La gran parte degli psicoanalisti non diede gran peso alla pulsione di morte, anche perché lo stesso Freud ne aveva parlato come di un «istinto muto e silente», ma la Klein riprese il concetto dimostrando come nei bambini questo istinto non fosse affatto muto e silente. Vedremo in seguito come fosse arrivata a questa conclusione.

Innanzitutto dobbiamo sottolineare che la Klein presupponeva l'esistenza nei bambini di un Sé o Io primitivo o precoce capace di sviluppare fantasie inconsce attorno a degli oggetti. Queste fantasie costituiscono per la Klein un corredo innato nel bambino e consistono in rappresentazioni dei genitori, dei fratelli, di parti del corpo, di funzioni ed escreti corporei.

Cosa significa questo?

Il termine oggetto era un termine tecnico usato da Freud e dagli psicoanalisti per designare ciò a cui è rivolto un impulso istintuale, la persona o la cosa che servono per soddisfare un desiderio. Nella teoria freudiana l'oggetto aveva un'importanza secondaria rispetto all'impulso e alla ricerca del piacere. In sostanza, quindi, l'oggetto era soltanto un qualcosa su cui scaricare l'impulso libidico e aveva caratteristiche individuali, irrilevanti sul piano teorico generale.

Secondo la Klein, invece, l'oggetto è una componente fondamentale della rappresentazione mentale dell'istinto e questa concezione pose le basi per quelle teorie psicoanalitiche che dagli anni '30 in poi diedero grande importanza alle relazioni oggettuali.

Vediamo come si legano fra loro l'istinto di morte, il Sé e gli oggetti nella teorizzazione kleiniana.

Ciò che viene rappresentato nella fantasia inconscia dell'individuo è la *relazione tra il Sé e l'oggetto,* in cui l'oggetto è dotato di impulsi propri, buoni o cattivi, che sono in connessione con gli impulsi - orali, anali, genitali ecc.- del soggetto.

Quindi, da una parte abbiamo il soggetto con i propri impulsi e dall'altra gli oggetti che sono percepiti come dotati di un'esistenza propria e anch'essi di propri impulsi. Gli oggetti, ripetiamo, possono essere persone, parti del corpo o anche funzioni ed escreti corporei.

Secondo la Klein il lattante fin dai primi giorni di vita ha un'attività mentale che gli fa percepire una relazione con oggetti distinti dall'Io e quindi esistono relazioni oggettuali fin dal primo giorno di vita. Queste *relazioni oggettuali* sono determinate da *sensazioni corporee,* ad esempio quando il lattante ha la sensazione della fame, la sua sensazione corporea e fisiologica è avvertita anche psicologicamente. Quindi il neonato attribuisce il disagio della fame a un comportamento intenzionale da parte di un oggetto malevolo concretamente collocato aH'interno del suo pancino in cui nasce la sensazione spiacevole della fame. Quando poi il lattante viene nutrito sperimenta sensazioni piacevoli di calore e soddisfazione e quindi fa esperienza di un oggetto buono.

Il bambino, quindi, fantastica *oggetti interni* dotati di volontà e intenzionalità nei suoi confronti e dunque esistono originariamente sensazioni buone e cattive, pulsioni buone e cattive (amore per l'oggetto buono, aggressività per l'oggetto cattivo) che produrranno fantasie di *oggetti buoni e oggetti cattivi.*

Il lattante vive perciò in un mondo di cattive e buone relazioni oggettuali a seconda delle sensazioni corporee e delle pulsioni che sono presenti in lui in quel momento.

In che cosa ritroviamo la pulsione di morte freudiana? Nel fatto che, secondo la Klein, esiste nel bambino, fin dalla nascita, una *pulsione di morte* che si esplica come pulsione distruttiva primaria che opera dentro l'Io con l'intento di distruggerlo e annientarlo e che produce nel piccolo un'angoscia di annientamento. In pratica, vi è una coincidenza fra l'aggressività che egli prova per l'oggetto cattivo dentro di lui, come abbiamo visto neH'esempio del latte, e l'aggressività con cui l'oggetto cattivo lo minaccia da dentro. A questa pulsione si affianca però quella di amore che si evidenzia nella fantasia di un oggetto interno buono che garantisce una base sicura e solida necessaria per la sopravvivenza dell'Io.

Le fantasie legate alle pulsioni, soprattutto quelle connesse alla pulsione di morte, vengono *proiettate all'esterno* perché non sono contenibili dato che provocano troppa angoscia. L'oggetto esterno su cui vengono proiettate inizialmente le fantasie è un *oggetto parziale* perché il bambino non riesce inizialmente a percepire gli oggetti, cioè le persone esterne, nella loro interezza. Un esempio di oggetto parziale è il seno: è con questo che il bambino fin dai primi giorni di vita ha un rapporto diretto, non con la madre intera. Quindi proietta i suoi vissuti fantastici, cioè la fantasia legata al suo vissuto corporeo, su questo oggetto esterno e lo interiorizza poi come oggetto interno.

Se proietta pulsioni *aggressive* e *distruttive* il seno diventerà un oggetto cattivo che divora; se proietta sensazioni positive di gratificazione e piacere, il seno diventerà buono.

Riassumendo:

Nei primi giorni di vita ciascun impulso dà origine a un oggetto specifico in relazione alle caratteristiche sensazioni corporee dell'impulso stesso ad esempio oggetti che provocano la fame e oggetti che soddisfano la fame.

Negli stati mentali più primitivi l'oggetto con cui il soggetto si confronta è totalmente buono o totalmente cattivo, cioè o fa bene o fa male al soggetto e contemporaneamente l'Io è riempito di sentimenti di amore o di odio nei confronti dell'oggetto.

Dalla nascita in poi l'individuo sperimenta, come risultato delle sensazioni corporee provenienti dall'intemo del corpo, gli oggetti che avverte come posti aH'interno dell'Io: si tratta quindi di oggetti interni. Per esempio per il bambino i morsi della fame sono interpretati come dovuti ad un oggetto che provoca la fame, un oggetto che è collocato dentro lo stomaco.

All'opposto, gli oggetti di cui si fa esperienza attraverso la pelle sono percepiti come esterni. Su di essi vengono proiettati i sentimenti di amore e di odio provocati dai vissuti e dagli oggetti interni.

Esiste dunque un'analogia tra le forme e le funzioni degli oggetti interni ed esterni per cui questi possono simboleggiare oggetti interni. A volte, come nella psicosi, l'analogia si trasforma in identità si ha cioè *un'equazione simbolica* tra oggetti interni ed esterni, questi ultimi assumono un valore interno e viene abolita dunque ogni distinzione tra fantasia e realtà.

Le posizioni

Se Freud parla di fasi in riferimento allo sviluppo psico-sessuale del bambino, la Klein utilizza il termine *posizione* per caratterizzare il suo modello evolutivo, intendendo con quel termine sia una costellazione di *angosce, difese* e *impulsi,* sia il fatto che il passaggio da una posizione all'altra non è definitivo, come per le fasi, bensì le posizioni si alternano in un'oscillazione che dura tutta la vita. Ella rifiutava inoltre l'idea che si trattasse di fasi perchè lavorando con i bambini si era resa conto di come, anche nel loro caso, non fossero nettamente separabili ma anzi di come fossero sovrapposte e fluttuanti. Inoltre col termine posizione intendeva indicare una modalità di relazionarsi con il proprio Sé e con il mondo esterno che poteva ripresentarsi durante tutto l'arco della vita.

Il tennine posizione quindi descrive il modo assunto dall'Io di porsi nei confronti degli oggetti e vuole indicare l'idea di un processo continuo di passaggi fra una posizione e l'altra che non segue un filo lineare di tipo evolutivo ma un percorso circolare flessibile in cui può esserci un ritorno a posizioni precedenti e una continua oscillazione tra le diverse posizioni.

Vediamo dunque quali sono queste posizioni.

Posizione schizoparanoide

In questa posizione che compare nei primi tre mesi di vita il bambino oscilla fra tendenze alla frammentazione e tendenze all'integrazione. Il nome deriva dal meccanismo che viene usato dal neonato per difendersi (scissione) e dalla paura che vive di essere annientato (paranoia).

Secondo la Klein l'Io primitivo del bambino è molto debole e non integrato e, sotto l'impatto dell'angoscia, esso tende alla frammentazione e alla disintegrazione e questa è l'espressione più evidente dell'operare della pulsione di morte aH'interno del bambino. Così avviene anche nell'adulto nel quale una posizione schizoparanoide stabilizzata si collega allo stato intemo di frammentazione tipico della schizofrenia.

Si pone a questo punto la questione se dei processi di scissione attiva non possano aver luogo all'interno dell'Io anche in uno stadio molto precoce. La nostra opinione è che l'Io primitivo scinda attivamente l'oggetto e il rapporto con esso, e questo può anche implicare una scissione dello stesso Io. Ad ogni modo, il risultato della scissione è sempre una dispersione della pulsione distruttiva avvertita come fonte di pericolo.

Io ritengo che l'angoscia primaria di essere annientati da una forza distruttiva interna, assieme alla reazione specifica dell'Io costituita dalla frammentazione o dalla scissione di se stesso, abbiano un peso estremamente rilevante in tutti i processi schizofrenici (Klein 1946, pp. 413-414)

Fin dall'inizio della vita si scatena una lotta tra le pulsioni di vita e di morte: per proteggersi da questa confusione di aspetti positivi e negativi della pulsione, l'Io scinde pulsioni di vita e pulsioni di morte scindendo poi anche gli oggetti interni ed esterni su cui quelle pulsioni vengono investite. Occorre ricordare che nei primi tre mesi di vita il bambino è in relazione con *oggetti parziali.* Cioè, ad esempio, non ha la percezione della madre come oggetto intero, ma di lei percepisce solo il seno che è appunto l'oggetto parziale, la porzione di madre con cui il bambino entra in rapporto. Dunque sotto l'effetto della scissione il seno viene scisso in seno buono e seno cattivo, in due oggetti anche se in realtà il seno è unico. Ma scindendo gli oggetti, di riflesso anche l'Io del bambino si trova ad essere scisso. L'Io scinde e proietta all'estenio la pulsione di morte. In questo modo dal caos emerge un'organizzazione primitiva: l'Io si scinde in una parte libidica e in una distruttiva e si mette in relazione con un oggetto scisso in modo speculare. L'oggetto è buono se su di esso viene proiettata la pulsione d'amore, è cattivo se su di esso viene proiettata la pulsione di morte. Dato che l'oggetto parziale su cui vengono proiettate inizialmente le pulsioni è il seno materno, si può parlare di seno buono e seno cattivo. Il bambino proietta la sua pulsione di morte scissa sull'oggetto esterno cattivo poi lo interiorizza per salvare l'oggetto esterno buono su cui ha proiettato le sue pulsioni libidiche. Ma una volta introiettato, l'oggetto cattivo prende a minacciarlo da dentro come oggetto interno cattivo, e il bambino percepisce questa minaccia come un'aggressione interna all'integrità del suo lo e come un pericolo di frammentazione dell'Io stesso. Da qui nasce l'angoscia paranoide.

D'altra parte, il bambino cerca di salvaguardare l'oggetto esterno buono su cui ha proiettato le pulsioni libidiche e poi lo introietta in modo che venga a costituire il centro del suo Io attorno al quale si realizzi un'integrazione e una strutturazione dell'Io stesso. E' questo oggetto interno buono a proteggerlo dalla frammentazione. Concorre inoltre alla stabilità di un buon seno interno la presenza effettiva di una madre che accudisce il bambino con attenzione e amore. Questa presenza sene inoltre a contenere e bonificare le angosce persecutorie del bambino.

In questa fase, meta dell'Io è quella di introiettare il proprio oggetto buono ideale e di identificarsi con esso, tenendo a bada i persecutori che contengono gli impulsi distruttivi proiettati. I meccanismi di proiezione e introiezione agiscono nel modo seguente:

Gli attacchi fantasticati alla madre seguono due linee principali. Una linea è quella della pulsione prevalentemente orale a succhiare completamente, a portare via a morsi, a cavare fuori e asportare i contenuti buoni del corpo materno [...] L'altra linea di attacco ha origine dalle pulsioni uretrali e anali e implica l'espulsione di sostanze pericolose dall'interno del Sé nell'interno della madre (Ivi, p. 416).

Dunque da una parte il bambino ha la fantasia di aggredire la madre e di portarle via ciò che contiene di buono. *L'invidia* primitiva infatti appartiene a questa posizione: il bambino ritiene che il seno contenga i tesori di cui lui ha bisogno e vuole quindi distruggerlo per accaparrarseli.

Dall’altra il bambino fantastica di espellere le sostanze pericolose del suo corpo, in termini simbolici gli escrementi, e di collocarle nel corpo della madre. In altre parole, la scissione dell'Io comporterebbe l’espulsione delle parti cattive del Sé e la collocazione di queste parti nel corpo della madre. Questo meccanismo connesso alla scissione è chiamato dalla Klein *identificazione proiettiva.*

Come abbiamo detto, il bambino proietta *dentro* il corpo della madre insieme agli escrementi - sostanze pericolose (aspetti della pulsione di morte) - anche le parti scisse del suo Io. Queste parti cattive proiettate nell’oggetto esterno servono non solo ad aggredirlo con odio ma anche a controllarlo, a impossessarsi di esso e a controllare anche le parti proiettate. La madre in cui sono state proiettate le parti cattive è sentita non come un individuo separato ma come il proprio Sé cattivo, cioè il bambino si identifica con l’oggetto in cui ha proiettato parti del suo Sé e in questo modo lo controlla. Per questo si parla di identificazione proiettiva. Di conseguenza, però, l’Io si sente svuotato, non solo delle parti cattive ma anche di quelle buone e questo fatto produce depersonalizzazione. Infatti questo fenomeno che si riscontra specialmente nei disturbi psicotici e borderline spiega perché è proprio in questi disturbi che il meccanismo di difesa del l’identificazione proiettiva è più utilizzato, insieme alla scissione. E’ da notare che la Klein considera di natura narcisistica questa relazione oggettuale basata sulla proiezione di parti del Sé nell’oggetto esterno perché questo non viene sentito come un individuo separato ma appunto come il proprio Sé cattivo. Inoltre dato che anche le parti buone del Sé vengono collocate in un oggetto esterno tramite l’identificazione proiettiva, questo meccanismo finsce per coincidere nella Klein con il concetto di narcisismo, visto che quello freudiano era per l'Autrice inaccettabile poiché non può esistere secondo lei uno stato soggettivo privo di oggetto.

Il concetto di identificazione proiettiva, come vedremo, è stato fecondo di ulteriori interessanti sviluppi volti a comprendere la presenza di questo meccanismo nelle psicosi e negli stati borderline e a studiarne i risvolti clinici nella relazione terapeutica che si viene ad instaurare con pazienti affetti da questi disturbi.

Posizione depressiva

Il bambino raggiunge questa posizione tra i quattro e i sei mesi, quando è abbastanza maturo per poter integrare le proprie percezioni della madre riconoscendola come oggetto intero, totale, non più frammentato in oggetti parziali. A questo punto allora non può più scindere le versioni opposte dell’oggetto (buono o cattivo) ma inizia a vivere la compresenza nello stesso oggetto di aspetti buoni e aspetti cattivi, quindi a riconoscere e accettare l'ambivalenza dell’oggetto intero. Il bambino tenta allora di rendere prevalenti gli aspetti buoni dell’oggetto intero e del suo rapporto con esso e sviluppa il timore di poterlo danneggiare con il lato cattivo dei suoi sentimenti ambivalenti. I suoi conflitti interni riguardano dunque il timore che l’oggetto intero possa essere danneggiato e il bisogno di ripararlo. Naturalmente il timore per l’oggetto buono esterno corrisponde a quello per l’oggetto buono interiorizzato che può essere danneggiato o perso nel momento in cui lo è quello esterno, dando al bambino la sensazione che qualcosa sia morto dentro di lui e questo produce sia nei bambini che negli adulti la depressione. La paura che l’oggetto amato e interiorizzato possa scomparire o essere danneggiato è chiamata dalla Klein *angoscia depressiva.* La sicurezza, la stima di sé, la fiducia nella vita, nascono infatti dalla percezione che dentro di noi c’è un oggetto buono, che produce sentimenti positivi e attitudini autoprotettive, e dà un senso al mondo e alla vita, pur nella consapevolezza dell’ambivalenza fondamentale della vita stessa. L’angoscia depressiva è collegata al senso di colpa per i sentimenti negativi provati per l’oggetto buono, che potrebbero danneggiarlo. Nasce dunque dal senso di colpa anche il bisogno di riparare l’oggetto esterno/interno, quindi la *preoccupazione e* la *generosità,* e la speranza di poterlo riparare. Mentre l’angoscia persecutoria della posizione schizoparanoide è una paura per qualcosa che può accadere all’Io, l’angoscia depressiva riguarda la sopravvivenza dell’oggetto amato.

Appare ora chiaro perché, in questo stadio dello sviluppo, l’Io si senta continuamente minacciato nel possesso degli oggetti buoni introiettati. Esso è pieno d’angoscia per la possibile morte di questi oggetti. Sia in bambini che in adulti affetti da depressione, io ho portato alla luce il timore di albergare dentro di sé oggetti morenti o morti (specie genitori) nonché identificazioni dell’Io con oggetti siffatti (Klein 1935, p. 301).

Esistono sostanzialmente due sistemi difensivi per sfuggire all'angoscia depressiva: la difesa paranoide e le difese maniacali.

) *Difésa paranoide:* è una ritirata difensiva dalla posizione depressiva per tornare a scindere gli oggetti in buoni e cattivi.

) *Difése maniacali: è* centrale in queste difese l'idea che le relazioni oggettuali non abbiano importanza. Per supportare questa idea, vengono messe in atto diverse difese che sono tipicamente onnipotenti:

Il *diniego* della realtà psichica e quindi degli oggetti amati e interiorizzati.

La *svalutazione* degli oggetti buoni per negare la dipendenza da essi e non avere da temenie la perdita. Gli oggetti buoni vengono visti come sostituibili quindi privi di valore in sé.

Il *controllo onnipotente* degli oggetti e il dominio su di essi per negare il terrore di perderli.

L'idealizzazione che consegue a una nuova scissione dell'oggetto per cui possono essere idealizzate solo le parti buone.

La Klein anticipa il complesso edipico alla posizione depressiva perché i genitori vengono percepiti come individui separati. Esistono quindi fin da ora fantasie sul rapporto sessuale tra i genitori, la tensione tra gelosia, immagine sadica della scena primaria (rapporto sessuale tra i genitori) e tendenze riparatone. Lo scioglimento della tensione edipica coincide con la percezione degli aspetti buoni del padre, vissuto e interiorizzato come fonte di forza, come guida, protezione. Inoltre la Klein teorizzò l'origine di un Super io nel bambino fin dal secondo anno di vita. Più è precoce, più il Super io è rigido, sadico e terrificante e si addolcisce soltanto con la crescita.

Alcune note di chiarimento sull'Identificazione proiettiva

Questo concetto è sicuramente uno dei più importanti contributi della Klein e su di esso ritorna più volte la letteratura kleiniana. E' tuttavia un concetto di non immediata comprensibilità tanto che alcuni autori hanno dichiarato che è possibile capire il significato dell'identificazione proiettiva soltanto quando la si incontra di fatto nella relazione terapeutica. Diversi sono gli autori che hanno scritto suH'identifìcazione proiettiva, citiamo tra gli altri Bion, di cui analizzeremo il pensiero anche a questo proposito nel capitolo a lui dedicato, Rosenfeld e Ogden, autori che hanno contribuito a rendere più articolato e approfondito questo concetto, ad analizzarlo soprattutto dal punto di vista clinico. Ma ci pare opportuno a questo punto, affinché il concetto della Klein non cada per il lettore in un vuoto di comprensione apparendo soltanto come un'astnisa astrazione, riportare alcune chiarificazioni e semplificazioni volte a verificarne la concreta applicabilità alla spiegazione di alcuni eventi della relazione terapeutica.

Un tentativo di chiarificazione appare, come nota Hinshelwood (1989, p. 260), un passo di Bion riferito a certi vissuti dell'analista nella terapia di gruppo. Vi appare anche la questione del rapporto tra controtransfert e identificazione proiettiva.

> Ora mi sembra che l'esperienza del controtransfert abbia proprio una caratteristica particolare che dovrebbe permettere all'analista di distinguere le situazioni in cui è oggetto di una identificazione proiettiva da quelle in cui non lo è. L'analista sente di essere manipolato come se stesse recitando una parte, non importa quanto difficile a riconoscersi, nella fantasia di qualcun altro. (Bion 1961, p. 159).

Oppure può avvertire una momentanea perdita di *insight* (capacità di guardarsi dentro), per cui, pur avvertendo forti sentimenti, ha come la sensazione che non ci sia nulla da capire su questi e che tutto sia naturalmente collegato alla situazione oggettiva del rapporto. Senso di essere manipolati e perdita di insight sono dunque gli effetti immediati dell'identificazione proiettiva sul terapeuta. Ma potremmo cercare di spiegarla in termini tali che non appaia come un magico trasferimento di oggetti da psiche a psiche? Credo che il tentativo di Gabbard di fornici un semplice schema del meccanismo abbia la sua utilità perché ci permette sia di capirne l'articolazione sia di vederlo all'opera nella relazione.

Prima di riportare la definizione semplificata di Gabbard, introduciamo il concetto attraverso alcuni esempi di situazioni in cui è riscontrabile l'effetto di questo meccanismo. Un paziente inizia una seduta di psicoterapia ammettendo, con vergogna e tristezza, di non aver niente da dire come la volta precedente. Durante il resto della seduta, intercala la conversazione con le seguenti considerazioni: dice di sentirsi inetto e incapace di cambiare la propria vita, di liberare le proprie emozioni e di stare bene con gli altri; dice di non riuscire neppure a sognare o a pensare che cosa dire prima di recarsi dal terapeuta, tanto che pensa di essere giudicato male da lui. Anzi, sente costantemente che il terapeuta è deluso di lui, non potrebbe essere altrimenti, dato che lui non è riuscito ad utilizzare l'opportunità dell'analisi per cambiare. Poi aggiunge che effettivamente, da quando ha cominciato la terapia ad oggi, niente è cambiato, quindi evidentemente l'analisi non gli è servita e pensa allora che sia inutile continuare a spendere soldi per non avere risultati. Appare a questo punto risentito nei confronti del terapeuta che non è riuscito a cambiarlo. Quando esce, è il terapeuta a sentirsi incapace e depresso, mentre il paziente appare sollevato. Come si vede, l'interazione si è svolta in modo tale che il sentimento negativo provato inzialmente dal paziente si trasferisce *nel* terapeuta che alla fine prova esattamente lo stesso sentimento.

Altro esempio: un individuo si rivolge a un servizio sociale dicendo di sentirsi depresso per il fatto di non avere un'occupazione e di non potersi mantenere, chiede quindi aiuto e suggerimenti per trovare un lavoro. Nonostante che l'assistente sociale si sforzi di elencargli varie opportunità, ogni proposta riceve un rifiuto dal soggetto in questione, in termini di: "sì, ma...'', e ogni rifiuto viene variamente motivato. A un certo punto l'individuo interrompe il colloquio e se ne va dicendo di aver capito che l'altro non è capace di fare alcunché per lui. Questa risposta deprime l'assistente sociale che ha già dei dubbi sulla propria bravura. Anche in questo caso il senso di fallimento è passato dal soggetto che chiede aiuto a quello che ha il compito di aiutarlo.

Possiamo ipotizzare in ambedue i casi un meccanismo di scissione degli affetti negativi che il soggetto tenta, inconsciamente, di non affrontare separandoli da sé. A questo scopo gli affetti negativi scissi vengono espulsi e collocati, sempre inconsciamente, in un'altra persona che li prova adesso, al posto del soggetto in questione, senza tuttavia aver capito che e come quegli affetti gli siano stati trasmessi dall'altro. Questo passaggio ulteriore, dopo la scissione, può essere chiamato identificazione proiettiva. Avendo travasato i suoi sentimenti negativi nell'altro, ora il soggetto sente anche di avere l'altro sotto controllo, cioè di poter manovrare e plasmare i suoi sentimenti attraverso i propri (controllo onnipotente). Questo fatto gli dà un senso di onnipotenza e di controllo sui propri stessi sentimenti negativi, sul fatto di poterli gestire scaricandoli in un altro.

Possiamo così scandire, seguendo Gabbard, i vari passaggi del meccanismo dell'identificazione proiettiva (Gabbard 2000, pp. 40-44):

11 paziente disconosce e scinde da sé il proprio oggetto interno cattivo, cioè i sentimenti negativi e le parti del sé ad essi collegate e li proietta nel terapeuta. Questo significa spesso che il comportamento del paziente sarà tale da stimolare, provocare nel terapeuta l'insorgere proprio di quei sentimenti che il paziente scinde da sé, ad esempio la rabbia, l'irritazione,, la disperazione, l'angoscia. E significa anche che quei sentimenti faranno presa sul terapeuta se egli è in qualche modo predisposto a provarli, per cui viene, per così dire, "agganciato".

11 terapeuta quindi si identifica inconsciamente con quanto è stato proiettato in lui e inizia a comportarsi, pensare, sentire esattamente in conformità a quell'affetto, a quell'oggetto, che il paziente ha riversato in lui e con il quale il terapeuta si sta adesso identificando. Questo passaggio è chiamato *controidentificazione proiettiva.*

Se il terapeuta si è accorto delle emozioni che sono state trasferite in lui, può contenerle (quindi non agire reattivamente, impulsivamente, nei confronti del paziente, in base allo stimolo di quelle emozioni), riconoscerle come emozioni del paziente proiettate in lui, processarle psicologicamente, cioè, pur vivendole, tentare di modificarle dentro di sé trasformandole in pensieri, e restituirle cosi modificate al paziente, o verbalmente, o semplicemente attraverso un'espressione emotiva non reattiva, quieta e partecipante, non collusiva col tentativo inconscio del paziente di introdurre il terapeuta in una dinamica relazionale del tipo Vittima<->Persecutore.

L'identificazione proiettiva conseguente a una scissione è un meccanismo di difesa tipico dei disturbi gravi, psicosi e disturbi di personalità. Spesso il sentimento introdotto nel terapeuta è la rabbia o l'aggressività per cui il terapeuta si trova ad essere irritato col paziente senza capire perché.

Nel disturbo paranoide di personalità è esemplare un meccanismo di *rovesciamento dei ruoli* che è funzionale al controllo onnipotente che il soggetto cerca di realizzare simultaneamente sull'altro e sulle proprie emozioni negative. Vediamolo con un esempio. Un soggetto paranoide può svuotarsi dei propri sentimenti di odio proiettandoli sugli altri che immagina essere i suoi persecutori. In effetti, mettendo in atto un comportamento diffidente e ostile, può indurre negli altri un conseguente atteggiamento di rifiuto e ostilità che egli poi utilizza per giustificare e legittimare la propria diffidenza e sospettosità (la teoria sistemico-relazionale ha chiamato questo circolo vizioso "profezia che si autoavvera"). In terapia, può succedere che il paziente cerchi di attirare il terapeuta in una trappola di questo tipo, ad esempio accusandolo di aver cambiato l'orario delle sedute per mettere in difficoltà il paziente. L'accusa ingiustificata può evidentemente irritare il terapeuta che, qualora manifestasse la propria irritazione e cercasse di controbattere alle accuse del paziente, legittimerebbe in lui la sensazione e la convinzione che il terapeuta gli sia ostile. In questo caso specifico, delle semplici scuse accompagnate da un dubbio pacatamente espresso sull'accusa di aver agito per mettere in difficoltà il paziente, possono sciogliere la tensione e rimandare all'altro un affetto equilibrato e il senso di una tranquilla accettazione della possibilità di sbagliare (che indubbiamente produce un effetto positivo su chi, come una persona con tratti paranoidi, è tormentata dal giudizio degli altri sui suoi possibili errori).

Nella sequenza appena descritta, il paziente ha realizzato il tentativo di scambiare con il terapeuta i ruoli di vittima e persecutore: se egli si sente vittima degli altri, quindi anche del terapeuta, accusando il terapeuta può mettere lui nel ruolo della vittima ed assumere quello del persecutore. Questa sequenza si verifica di solito come riproduzione di interazioni infantili in cui il soggetto è stato la vittima di un genitore ostile, aggressivo o intrusivo (vedi identificazione con l'aggressore secondo Anna Freud). Nelle successive interazioni della sua vita, tenderà ad identificarsi alternativamente con la vittima e con il persecutore delle interazioni che ha subito in passato, quindi con se stesso bambino vittima di un genitore aggressivo o invece con lo stesso genitore aggressivo, coinvolgendo gli altri in questo gioco transazionale e rimanendo intrappolato nella scena originaria che lo ha prodotto.

Possiamo fornire anche un altro esempio pratico di scissione e identificazione proiettiva riprendendolo ancora da Gabbard. Fenomeni di scissione e di identificazione proiettiva, nota l'Autore, si verificano di frequente nelle équipe della salute mentale (Ivi, pp. 162-169). Ricordiamo che i due meccanismi di difesa sono caratteristici dei disturbi gravi di personalità (in particolare dei disturbi borderline, paranoide, narcisistico, antisociale) e delle psicosi. Quando un'équipe è predisposta alla scissione, soprattutto per conflitti interni tra professionisti che hanno atteggiamenti opposti nei riguardi dei pazienti, ad esempio o troppo permissivi o troppo severi, facilmente recepisce le identificazioni proiettive di un paziente che finiscono per alimentare in conflitti interni all'équipe. Ad esempio un paziente seguito da due operatori che hanno nei suoi confronti atteggiamenti contrapposti, quelli che ho appena indicato, tenderà a creare un rapporto privilegiato con l'operatore "buono" e un rapporto conflittuale con quello "cattivo". In sostanza, con il primo si comporterà come un angioletto e sarà aggressivo con il secondo. Nelle discussioni di équipe vengono riportate dai due operatori due descrizioni diametralmente opposte dello stesso paziente e altrettanto inconciliabili sono le opinioni riguardo al tipo di intervento e al l'atteggiamento terapeutico da adottare con quel paziente. Ne nasce un conflitto nell'équipe con reciproche accuse di incapacità tra i due operatori e un coinvolgimento degli altri chiamati a schierarsi o per l'una o per l'altra versione sulla personalità del paziente. L'effetto di ritorno, per quest'ultimo, è identico a quello di una risposta di controidentifìcazione proiettiva non elaborata che un terapeuta può dare ad un singolo paziente e cioè quello di rafforzare le scissioni di quest'ultimo e la sua sfiducia nel contenitore terapeutico che si è dimostrato fragile e tendente alla scissione come lui. Se l'équipe elabora il confìitto, può riconoscerlo come un effetto della scissione e dell'identificazione proiettiva del paziente, può utilizzarlo come strumento per ricostruire un quadro della personalità del paziente che rispecchi le sue ambivalenze e i suoi conflitti intemi tra parti del sé, buone e cattive, tenute scisse. Questa elaborazione può tradursi in un atteggiamento consapevole dell'équipe e nella scelta di dare al paziente una risposta omogenea, anche se modulata sui vari aspetti della sua personalità, in modo da rendergli l'impressione che l'équipe non può essere manipolata dalle difese inconsce del paziente. La risposta omogenea ed equilibrata dell'équipe può dare fiducia al paziente nel senso che questi si sente di poter di riversare le sue scissioni in un contenitore solido che non gliele restituisce come tali, ma che gli restituisce invece la sensazione di essere percepito come soggetto unitario. Questo produce in lui un movimento verso la riassunzione e l'integrazione delle parti scisse.

Aspetti positivi deli 'identificazione proiettiva

Il meccanismo in questione ha anche un valore interpersonale positivo; è infatti un "mezzo di comunicazione con cui il paziente costringe il terapeuta a vivere una serie di sentimenti in modo simile ai propri" (Ivi, p. 43), così come un bambino angosciato coinvolge la madre nel suo sentimento, facendo provare anche a lei angoscia, al fine di creare in lei un vissuto empatico. La madre che prova angoscia in conseguenza di quella del figlio è sollecitata da questi ad un'azione di contenimento che il bambino non può esercitare da solo, perché sopraffatto dal suo stato d'animo. Se la madre rielabora dentro di sé il vissuto di angoscia del figlio, può restituirglielo modificato, acquietato, rassicurando il piccolo sia della sua presenza e partecipazione allo stato d'animo, sia del fatto che quella stessa angoscia non distrugge lei e quindi non può distruggere nemmeno il bambino. Spesso l'identificazione proiettiva viene messa in atto proprio allo scopo di essere contenuti e salvati da uno stato di angoscia incontenibile.

L'identificazione proiettiva può riguardare anche gli affetti positivi e gli oggetti buoni che vengono proiettati all'esterno. Questo spiega ad esempio come certi soggetti proiettino i propri oggetti buoni all'esterno perché sono convinti di essere cattivi, inetti, e si sentono colpevoli delle proprie qualità (ad esempio quando sono stati oggetto di invidia da parte di un familiare). Proiettano allora i loro oggetti positivi nel terapeuta idealizzandolo (salvatore) e aspettandosi da lui una qualche forma di riconoscimento oppure cercando di proteggerne e controllarne la bontà e le qualità idealizzate, di preservarle dai propri dubbi che essi considerano come espressione della propria cattiveria.

L'identificazione proiettiva dei genitori sui figli

Abbiamo fin qui parlato di figli che usano l'identificazione proiettiva con i propri genitori, ma accade anche il contrario, cioè che i genitori proiettino nei figli i propri oggetti interni negativi o positivi.

Consideriamo ad esempio il caso di un bambino che rifiuta il cibo. Potremmo scoprire che la madre è vorace e incontinente e preoccupata della propria voracità cosicché ha trasferito nel figlio la propria esigenza di autocontrollo che essa non esercita ma che fa esercitare al figlio su se stesso. Sempre attraverso l'identificazione proiettiva, può creare poi nel terapeuta l'ansia per la disappetenza del figlio e il bisogno di controllarla, sviando l'attenzione del terapeuta dall'origine del problema, che sta nella madre.

Una madre può, senza accorgersene, indurre il figlio ad esercitare un ruolo nella ripetizione delle dinamiche interpersonali che hanno caratterizzato le relazioni infantili della madre stessa con i suoi genitori.

Cosi può far sentire un figlio cattivo proiettando in lui parti del proprio sé infantile giudicato cattivo dai genitori e da lei stessa, e quindi sentirsi legittimata ad esercitare la parte del genitore severo e punitivo. Sentendosi cattivo, il figlio potrà reagire a sua volta attraverso un'identificazione proiettiva proiettando negli altri idealizzati le proprie parti buone per sentirsi cattivo cosi come la madre lo vuole.

La madre può proiettare nel figlio i propri genitori cattivi, entrando nel ruolo della vittima che deve subire le angherie del figlio-genitore dispotico e troppo esigente.

Un bambino può essere animato dalla proiezione di aspettative di un genitore su se stesso non realizzate o delle parti buone del genitore che questi non si riconosce. Il bambino sente allora di dover adempiere ad un compito del quale non è mai all'altezza.

Una madre può proiettare nel figlio le parti buone scisse del proprio Sé, sentendosi sempre incapace di soddisfare le richieste di un figlio divenuto realmente troppo esigente e giustificandone le richieste eccessive che si premura sempre di soddisfare.

Un genitore depresso può trasmettere la sua infelicità al figlio inducendo in lui il bisogno di rivitalizzare il genitore e di prendersi cura di lui. Il rovesciamento dei ruoli produce nel figlio l'attitudine a proiettare nel genitore idealizzato le parti buone del proprio sé e a sentirsi colpevole della tristezza del genitore.

Alcune osservazioni sul controtransfert

E' in ambito kleiniano che nasce una nuova teorizzazione del controtransfert che trae sicuramente origine dalla messa a punto da parte della Klein del concetto di identificazione proiettiva. Come abbiamo visto, in ambito freudiano il controtransfert è stato considerato come l'inserimento improprio di elementi nevrotici dell'analista nella relazione analitica, elementi suscitati da aspetti simili del paziente. Capita normalmente che un analista si trovi a curare nell'altro anche aspetti della propria psiche ma può anche accadere che aspetti irrisolti e sconosciuti della psiche del terapeuta vengano inconsapevolmente proiettati sul paziente o interferiscano comunque con la relazione terapeutica. Heimann e Racker furono i principali studiosi del controtransfert nel filone kleiniano che tentarono di dare un diverso significato al controtransfert (la Klein non approvò il tentativo della Heimann).

Paula Heimann (1950, 1960) sostenne che l'analista può trarre utili indicazioni sulla sua comprensione del paziente mettendo a confronto i sentimenti che il paziente suscita in lui in un dato momento con le associazioni, l'umore, i comportamenti del paziente stesso. Il controtransfert è dunque una reazione specifica dell'analista ad un dato paziente e ad una sua data condizione, è quindi uno strumento utile per comprendere quello che sta accadendo al paziente. E' ovvio pensare che questo modo di intendere presenti un rischio: quello che il terapeuta scambi alcune reazioni proprie di tipo difensivo rispetto al paziente per indizi di quello che sta accadendo dentro l'altro. Questa è anche l'opinione di Bion: «Prima o poi un'analisi basata sul controtransfert finisce in un disastro, o comunque fallisce, perché tutte le interpretazioni hanno molto a che vedere con l'analista e poco a che vedere con il paziente» (Bion 1977, p. 318). Un altro studio interessante sul controtransfert é quello svolto da Heinrich Racker nella sua opera *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert* (1968). Tra l'altro, in questo testo l'Autore pone un'importante distinzione che illustra la complessità dei fenomeni di identificazione nel controtransfert: la distinzione tra *identificazioni concordanti* e *identificazioni complementari.*

Per meglio chiarire il concetto di controtransfert si potrebbe partire dal chiederci che cosa accada, in termini generali, nell'analista nella sua relazione con il paziente. La risposta che possiamo darci per prima è la seguente: accade tutto quello che *può* accadere in una personalità che ne affronta un'altra. Ma ciò ci dice tanto e niente. Facciamo un passo avanti se teniamo presente che nell'analista è presente una tendenza che normalmente predomina nella sua relazione con il paziente: è quella tendenza relativa alla sua funzione di analista, e cioè la tendenza a capire che cosa accade al paziente. Insieme ad essa coesistono tutte le altre possibili tendenze nei confronti del paziente, paure e altri sentimenti che una persona può provare per un'altra. L'intenzione di capire crea una certa predisposizione, predisposizione ad identificarsi con ■'analizzando, che è la base della comprensione. L'analista può realizzare questa mèta identificando il proprio io con quello del paziente o, per dirlo più chiaramente anche se con una terminologia non esatta, identificando ogni parte della propria personalità con le coiTispondenti parti psicologiche della personalità del paziente, il suo es con l'es del paziente, il suo io con l'io, il super-io con il super-io, accettando queste identificazioni nella sua coscienza. Ma tutto ciò non sempre si verifica, e non è soltanto ciò quello che si verifica. Oltre a queste identificazioni che possono essere chiamate *identificazioni concordanti (od omologhe),* esistono anche identificazioni della più grande importanza dell'io dell'analista con gli oggetti interni del paziente, per esempio, con il suo super-io. Adottando una espressione di Helene Deutsch, esse possono essere chiamate *identificazioni complementari* [...] (Racket 1968, p.180)

E' da notare che le identificazioni concordanti vengono fatte coincidere da Racket con l'empatia del terapeuta nei confronti del paziente. Vediamo anche meglio in che cosa consiste l'identificazione complementare.

Per meglio chiarire il concetto di controtransfert si potrebbe partire dal chiederci che cosa accada, in termini generali, nell'analista nella sua relazione con il paziente. La risposta che possiamo darci per prima è la seguente: accade tutto quello che *può* accadere in una personalità che ne affronta un'altra. Ma ciò ci dice tanto e niente. Facciamo un passo avanti se teniamo presente che nell'analista è presente una tendenza che normalmente predomina nella sua relazione con il paziente: è quella tendenza relativa alla sua funzione di analista, e cioè la tendenza a capire che cosa accade al paziente. Insieme ad essa coesistono tutte le altre possibili tendenze nei confronti del paziente, paure e altri sentimenti che una persona può provare per un'altra. L'intenzione di capire crea una certa predisposizione, predisposizione ad identificarsi con ■'analizzando, che è la base della comprensione. L'analista può realizzare questa mèta identificando il proprio io con quello del paziente o, per dirlo più chiaramente anche se con una terminologia non esatta, identificando ogni parte della propria personalità con le coiTispondenti parti psicologiche della personalità del paziente, il suo es con l'es del paziente, il suo io con l'io, il super-io con il super-io, accettando queste identificazioni nella sua coscienza. Ma tutto ciò non sempre si verifica, e non è soltanto ciò quello che si verifica. Oltre a queste identificazioni che possono essere chiamate *identificazioni concordanti (od omologhe),* esistono anche identificazioni della più grande importanza dell'io dell'analista con gli oggetti interni del paziente, per esempio, con il suo super-io. Adottando una espressione di Helene Deutsch, esse possono essere chiamate *identificazioni complementari* [...] (Racket 1968, p.180)

E' da notare che le identificazioni concordanti vengono fatte coincidere da Racket con l'empatia del terapeuta nei confronti del paziente. Vediamo anche meglio in che cosa consiste l'identificazione complementare.

non è identica alle sue percezioni interne (perché, se cosi fosse, l'analista non interpreterebbe e non agirebbe come un analista); il paziente allora introietta una realtà che è migliore del suo mondo interno. Questo genere di correzione non si realizza quando l'analista è sottomesso al potere del suo controtransfert inconscio (Ivi, pp. 181-185).

Alcune osservazioni sui meccanismi di difesa

Con le difese descritte dalla Klein, è esauriente lo spettro dei meccanismi di difesa descritti fino a questo momento, dunque possiamo riassumerli e fare alcune precisazioni sul modo in cui vengono affrontati e trattati nella psicoterapia.

Vi è innanzitutto una distinzione da tenere presente tra difese più primitive e difese più evolute.

Le difese primitive sono; controllo onnipotente, diniego, scissione, identificazione proiettiva, svalutazione, idealizzazione; quelle più evolute: rimozione, regressione, formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, introiezione, identificazione, proiezione, rivolgimento contro se stessi, trasformazione nel contrario, identificazione con l'aggressore, altruismo, intellettualizzazione.

Occorre ricordare che nel confrontarsi con i meccanismi di difesa del paziente il terapeuta deve usare alcuni accorgimenti:

> Tenere presente il fatto che le difese non sono li per caso o per un difetto costitutivo del paziente, ma che si sono strutturate come risultato di tentativi di sopravvivere, durante l'infanzia, a relazioni difficili con le principali figure di riferimento o sono il risultato di conflitti interni al soggetto. Le particolari difese adottate da un paziente sono una miscela di aspetti caratteriali personali e di reazioni inconsce a provocazioni situazionali e si riattivano in presenza di situazioni percepite dal paziente come analoghe a quelle che hanno prodotto le sue prime reazioni difensive. Possiamo dunque dire che le difese hanno, nella storia remota del paziente, un valore inizialmente adattivo e divengono disadattive quando, nella vita adulta, si applicano a situazioni nuove, a contesti diversi (anche se percepiti simili dal paziente) da quelli che le hanno inizialmente prodotte.

I meccanismi di difesa sono i fattori principali che determinano i sintomi del paziente e i suoi problemi di adattamento alla realtà e alle relazioni con gli altri. Sono quindi riconoscibili (anche attraverso il controtransfert, cioè le reazioni che essi producono nel terapeuta il quale deve essere consapevole sia delle proprie reazioni sia degli stimoli che le hanno determinate) e possono essere esplorati attraverso domande sulla vita passata del paziente per risalire ai processi genetici delle difese, alle difficoltà attraversate nelle relazioni con le figure di riferimento.

Essendo, in un certo senso, strategie autoterapeutiche, le difese non possono essere attaccate "frontalmente" dal terapeuta che non può pretendere di annientarle e a volte neppure di segnalarle al paziente. Attaccare le difese sollecitando il paziente a cambiare atteggiamento, produrrebbe, da parte sua, o un rifiuto del terapeuta o una risposta acquiescente (e un'idealizzazione del terapeuta) la quale, tuttavia, non modificherebbe la sostanza della difesa. Le difese si modificano mano a mano che il paziente acquista fiducia nella relazione analitica e scopre modelli alternativi di coping, di fronte alle difficoltà, più adattivi ed efficaci.

Le azioni del terapeuta volte a modificare progressivamente il pattern di difese disadattive del paziente sono:

Riconoscere il momento in cui il paziente entra in una sorta di atteggiamento automatico in cui agisce il meccanismo della difesa, quindi un atteggiamento che produce risposte automatiche prive di riflessione e non adeguate alla situazione.

Stimolare nel paziente lo sviluppo di una funzione autoriflessiva, cioè l'attività di un Sé osservatore.

Proporre risposte pensate e volontarie al posto di risposte automatiche.

Proporre forme più mature di difesa.

Aiutare il paziente a creare un più ampio repertorio di coping.

> Il terapeuta deve procedere progressivamente dalla superficie dei meccanismi difensivi, con interventi di chiarificazione e ri formulazione (vedi sotto), verso un insight più profondo che comincia ad essere possibile solo quando si è stabilita una salda alleanza terapeutica

Tecniche di intervento “di superficie”rivolte alle difese dell'Io del paziente:

Chiarificazione: chiarire al paziente le implicazioni e il significato (immediatamente accessibile) di quello che sta dicendo o facendo.

Ri forniti/azione: riformulare un pensiero del paziente in termini e secondo un significato leggermente diverso da quelli da lui adottati e più aderente alla sostanza dei suoi problemi.

Confronto: mettere a confronto il paziente con le incongruenze dei suoi racconti e comportamenti. Si usa quasi esclusivamente con pazienti con disturbo di personalità.

Donald Woods Winnicott (1896-1971)

Il Sé e rio

Winnicott è senz’altro uno degli autori più originali della tradizione psicoanalitica. Appartenente al gruppo degli Indipendenti, lavorò come pediatra, psichiatra infantile e psicoanalista e questa attività su diversi fronti gli garantì una spiccata indipendenza di pensiero, un'esperienza terapeutica articolata e vasta, una pluralità di prospettive sulla vita psicologica infantile e adulta, che l’autore integrò in una visione unitaria imprimendo una svolta decisiva alla ricerca psicoanalitica. Dotato di una notevole vivacità intellettuale e di un carattere aperto ed entusiasta che gli permetteva di entrare facilmente in rapporto con i bambini di cui si prendeva cura, anticonformista, indipendente a tutti gli effetti, formatosi con la Klein e la di lei allieva prediletta, Jean Rivière, ha esposto le sue idee in saggi sparsi, con uno stile diretto, ingenuo e spontaneo, ricco di espressioni originali e direttamente desunte daH’esperienza, per niente improntato alla retorica scolastica dei classici scritti metapsicologici.

Pur riprendendo la nozione di oggetto dalla Klein, la critica che le rivolse, tra le altre, fu quella di non aver dato il giusto valore alle caratteristiche effettive degli oggetti esterni che sono all’origine della creazione di quelli interni, cioè alle caratteristiche dei genitori, in particolare la madre, alla loro capacità di accudire il figlio, infine agli effetti di queste caratteristiche e capacità sullo sviluppo psicologico del bambino e sulla creazione dei suoi oggetti interni.

Sulla base dell'osservazione dei numerosissimi bambini che curò sia come pediatra che come psichiatra infantile, Winnicott costruì un modello di sviluppo semplice, flessibile, ma efficace, centrato sull'idea che il bambino, fin dai primi giorni di vita, è molto sensibile alle cure che riceve o non riceve e dalle quali dipende la costruzione del suo Io e del suo mondo interno.

Lo studio delle relazioni tra la madre e il bambino è dunque l’oggetto principale della riflessione teorica di Winnicott. Come vedremo, un tratto significativo del suo pensiero è che da quello studio delle relazioni primarie Winnicott ha anche desunto i concetti fondamentali della sua teoria della tecnica terapeutica. Vi è infatti un’analogia tra le azioni corrette del caregiver che favoriscono lo sviluppo psicologico del bambino e quelle del terapeuta che aiuta, senza interferire, lo sviluppo psicologico del soggetto in analisi, bambino o adulto che sia. Parleremo prima delle fasi dello sviluppo insieme alle relative azioni appropriate del caregiver. poi dello sviluppo delle funzioni psichiche che tratteremo insieme ai concetti psicopatologici formulati dall'Autore, e infine ci occuperemo della teoria della tecnica psicoterapeutica.

Possiamo suddividere in tre fasi il percorso di sviluppo del bambino:

) Dipendenza assoluta

Dipendenza relativa

Verso l’indipendenza

Prima di esaminare le caratteristiche di ogni fase, dobbiamo fare alcune premesse. Ogni fase richiede una rispondenza e un atteggiamento adeguati del caregiver alle esigenze di sviluppo del bambino, quindi le caratteristiche dell’evoluzione interna e soggettiva di ogni fase devono essere qui trattate insieme alle risposte che sono auspicabili da parte del caregiver e a quelle che ostacolano lo sviluppo. Inoltre, il processo non ha una rigida scansione temporale: possiamo comunque collocare la dipendenza assoluta nel primo semestre di vita, quella relativa tra i sei mesi e i due anni mentre il percorso che porta verso l’indipendenza si estende fino all’adolescenza. La finalità di tutto il processo è la costruzione dell'Io del bambino e la creazione di condizioni adatte all’espressione del suo Sé. Dobbiamo allora preliminarmente affrontare la differenza di significato che Winnicott attribuisce ai due temiini Sé ed Io, differenza per altro non sempre chiara nei suoi scritti.

Il Sé

11 bambino nasce con una dotazione di potenzialità evolutive che ha un carattere ereditario e che comprende, tra l’altro, l'insieme delle sue inclinazioni, attitudini spontanee, nonché la predisposizione a costruire uno schema corporeo, a vivere il senso della continuità del proprio essere e a costmire un proprio mondo interno separato dal mondo là fuori. In altre parole, questo *Sé centrale,* chiamato anche *vero Sé potenziale* con cui il bambino nasce, è il nucleo di tutte le nostre potenzialità evolutive relative allo sviluppo delle funzioni corporee, all’unità tra psiche e soma, allo sviluppo della personalità, del carattere, delle capacità relazionali, della creatività individuale, delle capacità di incidere sul contesto culturale in cui l'individuo si troverà a vivere. Winnicott chiama *spontaneità* la libera espressione, via via più matura mano a mano che l’individuo cresce, di queste originarie potenzialità. In effetti questo *vero Sé* evolve all’intemo dell’individuo se questi è in contatto con il mondo esterno e se quest’ultimo consente e agevola l’espressione spontanea delle potenzialità del vero Sé individuale. Il bambino, comunque, diviene consapevole dell’esistenza del proprio Sé solo dopo che avrà sviluppato il suo Io e quando vedrà che gli altri lo riconoscono come un’entità autonoma e unitaria. Inoltre, dato che il vero Sé rimane custodito all’intemo dell'individuo, di cui costituisce il nucleo vitale, l’individuo costmisce un *falso Sé,* cioè un sistema di *compiacenze* alle richieste ambientali, che ha il compito di proteggere quello vero, nascondendolo e crescendo attorno ad esso come un guscio che lo ripara dai possibili effetti distruttivi del rapporto con l’ambiente.

L'Io

«Il termine lo - scrive Winnicott - può servire ad indicare quella parte della personalità umana in accrescimento che tende, in condizioni adatte, ad integrarsi in un’unità» (Winnicott 1970, p. 67). L'Io coincide con l’organizzazione della realtà psichica dell’individuo che gli permette di pensare “Io sono”, cioè di viversi come unità soggettiva e di pensare la propria esistenza con un senso di continuità nel tempo. E’ quindi il centro esperienziale del soggetto, la condizione stessa del poter fare esperienza di sé e del mondo circostante. La progressiva integrazione dell’Io, compito primario dello sviluppo psicologico, permette al bambino di trasformare in esperienze gli stimoli esterni e gli impulsi dell’Es, di percepire la pelle come un confine tra la propria unità psicosomatica e il mondo esterno, infine di relazionarsi con gli oggetti percepiti come esterni a sé e di poter esercitare su di essi un'azione.

Fasi dello sviluppo

Dipendenza assoluta

In questa fase, il neonato (ovvero *Vinfante*, come lo chiama Winnicott alludendo all'etimo latino che significa "privo di linguaggio") «e l'assistenza materna formano un tutto unico» (Ivi, pp. 44-45), si appartengono reciprocamente e la vita dell'infante dipende totalmente dalle cure materne. Ciò significa che, da un lato, l'infante non sa di ricevere delle cure, non può controllare che cosa gli viene fatto, è solo in condizione di trarre vantaggio o subire danni da ciò che gli viene fatto; dall'altro, la madre entra in empatia con i suoi bisogni fisiologici, li prevede quasi magicamente senza nessuno sforzo di comprensione, li avverte come all'interno di se stessa, grazie ad una totale identificazione ovvero empatia con il neonato, e quindi li soddisfa prima ancora che siano avvertiti da quest'ultimo con fastidio e angoscia. Questa funzione della madre viene chiamata da Winnicott *holding* (sostenere, contenimento, supporto) che l'autore cosi descrive:

Sostenere:

Protegge dalle offese fisiologiche.

Tiene conto della sensibilità cutanea dell'infante (tatto, temperatura, sensibilità uditiva, sensibilità visiva, sensibilità alla caduta [azione della gravità]), e della sua mancanza della nozione dell'esistenza oltre al Sé.

Comprende tutta la serie di cure diurne e notturne e non è uguale per due diversi infanti, perché è parte dell'infante, e non ci sono due infanti uguali.

Inoltre tiene il passo con le piccole modificazioni che avvengono giorno per giorno nell'infante a causa del suo sviluppo fisico e psicologico (Ivi, pp. 56-57).

Non è necessario che la madre sia perfetta, la sua capacità di accudimento deve solo essere "sufficientemente buona", il che significa che la madre può sbagliare nel sentire ciò di cui il bambino ha bisogno in un dato momento: è sufficiente allora che si accorga di aver sbagliato e che non perseveri nell'errore.

Le numerose inadempienze, seguite dalle cure che le riparano, si accumulano in un messaggio di amore da parte di una presenza umana costante che è li proprio per prendersi cura del bambino.

Se la madre esercita la funzione di holding in modo sufficientemente buono, perché è abbastanza ben identificata con il bambino, le sue cure si porranno in continuità con la fisiologia del piccolo, gli faranno da supporto esterno, e permetteranno al piccolo di non percepire *urti*, cioè stimoli negativi (il bambino non distingue ancora tra quelli interni e quelli esterni, tutti sono avvertiti nello stesso modo, lo stimolo della fame, così come un fragore improvviso) e di sviluppare il sentimento di continuità della propria esistenza, fondamentale per la costruzione di un Io sano. L'«accomodamento» della madre alle esigenze del bambino dà occasione al bambino di fare reale *esperienza dell onnipotenza.*

Winnicott chiama *preoccupazione materna primaria* questa identificazione della madre con il bambino e questa capacità di empatizzare con i suoi bisogni. Si tratta di una condizione psicologica particolare della mamma, che inizia già durante la gravidanza, prosegue nelle prime settimane di vita del bambino cioè nella fase della dipendenza assoluta e deve terminare quando il bambino inizia a comunicare i propri bisogni. E' un coinvolgimento sia del corpo che dell'attività immaginativa, prevalentemente inconscia, già iniziato nella gravidanza come uno stato di esaltata sensibilità, una identificazione proiettiva che dura per qualche settimana anche dopo il parto. E' una condizione che può essere paragonata ad uno stato dissociativo o ad un episodio schizoide, sembrerebbe quindi una malattia se non fosse per il fatto che si tratta di uno stato organizzato e che la donna deve essere in buona salute per poter sostenere questa condizione e superarla non appena il bambino glielo concede.

Ci sono molte donne, precisa Winnicott, che pur essendo buone madri, non riescono a contrarre questa «malattia normale» e che tentano poi di rimediare quando è troppo tardi, nella fase successiva della crescita in cui il bambino manifesta gli effetti di questa mancanza con la richiesta di una soddisfazione immediata di tutti i suoi bisogni. Cercando di porre rimedio all'inadeguatezza della loro responsività nella fase precedente, le madri finiscono per comportarsi poi come "terapeute" del senso di mancanza del figlio e per viziarlo.

Incontrano difficoltà a sviluppare la preoccupazione materna primaria anche le donne che hanno una forte identificazione maschile.

Al contrario, ci sono madri che tendono ad essere preoccupate in ogni caso e il bambino diventa per loro una «preoccupazione patologica», non selettiva per i bisogni reali, bensì ansiosa e generalizzata. La madre patologicamente preoccupata prosegue ad esserlo oltre la fase della dipendenza assoluta, continuando ad essere identificata con il bambino ben oltre il tempo necessario e tarda a ritornare, quando il bambino già da tempo glielo consentirebbe, all'interesse per se stessa. Molte di queste madri passano poi troppo repentinamente dalla preoccupazione materna eccessiva e prolungata alla preoccupazione per loro stesse.

Infine occorre ricordare che Winnicott ritiene utile postulare due tipi di esperienza della madre da parte dell'infante, come se si trattasse di due madri diverse che l'autore chiama *madre-oggetto* e *madre-ambiente',* il primo termine indica l'esperienza della madre come contenitore degli oggetti parziali delle pulsioni del bambino, la madre-ambiente è la madre concreta che sostiene, cioè che tiene al riparo il bambino dagli urti, che fa da supporto alla sua fisiologia facilitando lo sviluppo della continuità e l'integrazione delle funzioni dell'Io. La madre ambiente è quindi colei che fornisce le *provvidenze ambientali* indispensabili alla sopravvivenza dell'infante nella fase della dipendenza assoluta.

Dipendenza relativa.

Il bambino comincia a rendersi conto della sua dipendenza e delle cure materne di cui ha bisogno. Può inoltre inviare alla mamma dei segnali di richiesta per ottenere il soddisfacimento dei suoi bisogni.

Ad esempio, c'è l'inizio della comprensione intellettuale, che si sviluppa come un ampio espandersi dei processi semplici, quali i riflessi condizionati. (Pensate a un infante che aspetta il pasto. Viene il momento in cui egli può attendere qualche minuto perché i rumori della cucina gli segnalano che la pappa sta per arrivare. Invece di essere semplicemente eccitato dai rumori, l'infante usa il dato delle notizie al fine di essere capace di attendere) (Ivi, p. 109).

Mentre nella fase della dipendenza assoluta se la madre è lontana il bambino non se ne accorge ma subisce gli urti dai quali essa lo tiene al riparo quando è presente, nella fase di dipendenza relativa se la madre resta lontana «per un tempo superiore a quello durante il quale il bambino è capace di continuare a credere nella sua sopravvivenza» il bambino prova ansia e questo indica che egli sa della propria dipendenza. Egli dunque comincia progressivamente a sapere che la madre è necessaria. Inizia anche a identificarsi con lei e a mettersi al suo posto: l'identificazione si verifica attraverso meccanismi semplici, per esempio quando un neonato risponde ad un sorriso con un sorriso, o attraverso meccanismi più complessi, come ad esempio quando un bambino, mentre la madre lo allatta, cerca col dito la bocca della mamma per "allattarla" a sua volta. Da questa capacità di mettersi al posto della madre si sviluppano la nozione di una esistenza separata di lei e il senso di una reciprocità della comunicazione ancora prima che il bambino sia capace di usare la parola. Con la reciprocità, nasce anche il senso della distinzione fra il me e il non-me e il bambino percepisce che la sua realtà psichica personale è situata dentro di lui.

Ora l'accrescimento assume la forma di uno scambio continuo fra realtà interna ed esterna, che si an icchiscono reciprocamente. Il bambino ora non è solamente un creatore potenziale del mondo, ma diventa anche capace di popolare il mondo con elementi della propria vita interiore. Così a poco a poco egli è capace di "coprire" quasi ogni evento esterno, e la percezione è quasi sinonimo di creazione. Ecco di nuovo un mezzo con cui il bimbo acquista il controllo sugli eventi esterni nonché sulle elaborazioni interiori del proprio Sé (Winnicott 1965, p. 113).

Questa fase è dunque caratterizzata dall'emergere di una relazione tra il bambino e la madre «come fra persone intere», dall'uso crescente della reciprocità e della comunicazione, e dal fatto che il bambino comincia a giocare con le cose dando loro un significato che ha origine nel suo mondo intento.

Per facilitare queste acquisizioni, la madre esercita un graduale *deaccomodamento* ai bisogni del bambino. 11 de-accomodamento significa che aumentano le occasioni in cui la madre è inadempiente e attende una segnale di richiesta dal bambino. Essa rinuncia dunque, progressivamente, alla sua capacità empatica di anticipare i bisogni del bambino, ma sempre «entro una contice adattiva» cioè comprendendo i momenti in cui il bambino ha ancora bisogno di empatia e quelli in cui deve sperimentare una progressiva separazione e indipendenza. La capacità della madre di allentare raccomodamento, coincide anche con la sua progressiva «guarigione» dalla condizione della preoccupazione materna primaria. Se la madre non è capace di compiere il progressivo de-accomodamento e di lasciare al bambino le opportunità necessarie per compiere le prime esperienze della propria indipendenza, ma continua invece ad esercitare in modo indifferenziato l'empatia, diviene una madre magica e seduttiva che costringe il bambino ad adattarsi al bisogno materno di fusionalità, a regredire o a rifiutarla totalmente. In questo caso la sistematica anticipazione dei bisogni del bambino si sostituisce alla loro espressione da parte di lui e alla consapevolezza che egli può acquisirne. La madre diviene allora una sorta di «strega» che condiziona, anticipandoli, i bisogni del bambino.

Un'altra esperienza importante che il bambino fa della madre, sia nel periodo precedente che in quello della dipendenza relativa e oltre, è quella di specchiarsi nel suo volto.

Forse il bambino al seno non guarda il seno. E' più probabile che una caratteristica sia quella di guardare la faccia. [...] Che cosa vede il lattante quando guarda il viso della madre? Secondo me ciò che il lattante vede è se stesso. In altre parole la madre guarda il bambino e *ciò che essa appare è in rapporto con ciò che essa scorge* (Winnicott 1971, pp. 190-191).

Il lattante e il bambino vedono il Sé nella faccia della madre, lo riconoscono in base a come sono visti da lei. Quindi è molto importante come la madre riconosce il Sé del bambino per come il bambino apprende a riconoscere il proprio Sé. In seguito questa esperienza verrà proseguita dal bambino utilizzando lo specchio. Ma spesso il rispecchiamento materno avviene in modo problematico. Vediamo ad esempio il caso del lattante la cui madre invece di riflettere il Sé del bambino, «riflette il proprio stato d'animo o, ancor peggio, la rigidità delle proprie difese»:

Naturalmente nulla si può dire delle situazioni occasionali di cui una madre non può rispondere. Molti lattanti, tuttavia, devono avere una lunga esperienza di non vedersi restituito ciò che essi danno. Guardano e non si vedono. Ne derivano conseguenze. Prima di tutto la loro capacità creativa comincia ad atrofizzarsi, ed in una maniera o nell'altra guardano intorno cercando altri modi di riavere qualcosa di sé dall'ambiente [...] In realtà una madre il cui volto è fisso può essere in grado di rispondere in qualche altra maniera. La maggior parte delle madri può rispondere quando il bambino è in difficoltà o è aggressivo, e particolarmente quando il bambino è malato. In secondo luogo il bambino si abitua all'idea che quando guarda ciò che vede è la faccia della madre. In tal caso la faccia della madre non è uno specchio. Cosi la percezione prende il posto di ciò che avrebbe potuto essere l'inizio di uno scambio significativo con il mondo, un processo a due vie, in cui l'arricchimento di sé si alterna con la scoperta di un significato nel mondo delle cose viste [...] Alcuni bambini, tormentati da questo tipo di relativa privazione materna, studiano il volto materno continuamente variabile nel tentativo di predire l'umore della madre, tal quale come noi studiamo le condizioni metereo logiche. Il bambino ben presto impara a fare il bollettino:

"In questo preciso momento ci si può dimenticare dello stato d'animo della madre ed essere spontanei, ma da un momento all'altro la faccia della madre diventerà fissa e il suo umore prevarrà, e le mie necessità personali debbono essere accantonate, altrimenti il mio sé centrale può subire un danno''.

Subito al di là di questo, nella direzione della patologia, vi è la predicibilità, che è precaria, e che provoca nel lattante tensione ai limiti delle sue capacità di permettere eventi. Ciò porta a una minaccia di caos, e il bambino organizzerà un ritirarsi in se stesso, oppure non guarderà se non per percepire, come una difesa. Un lattante trattato in questo modo crescerà pieno di perplessità sugli specchi e su ciò che lo specchio ha da offrire. Se il volto della madre é poco responsivo, allora uno specchio sarà una cosa da guardare ma non una cosa in cui guardare (Ivi, pp. 191-192).

Verso rindipendenza

Lo sviluppo verso l'indipendenza si prolunga, come abbiamo visto, almeno fino all'adolescenza. Se è stato oggetto di un accudimento sufficientemente buono nella prima fase e di un'adeguata risposta di deadattamento nella seconda, il bambino ha acquisito fiducia nell'ambiente, una percezione fondamentalmente positiva del mondo esterno e del senso della vita, avendo accumulato i ricordi delle cure materne e avendone introiettato l'affidabilità. Anche se il bambino diventa sempre meno dipendente «dal riavere il sé dalla faccia della madre», dato che le sue possibili identificazioni si moltiplicano, tuttavia continua a trarre benefìcio «dall'essere in grado di vedere se stesso nell'atteggiamento dei singoli membri o negli atteggiamenti della famiglia nel suo insieme» (Ivi, pp. 199-200).

Tuttavia, l'indipendenza non è mai assoluta perché l'individuo ha bisogno degli altri e dell'ambiente che lo circonda per tutta la vita e la socializzazione accompagna il movimento verso l'indipendenza in modo tale che il ragazzo diviene capace di «vivere un'esistenza personale soddisfacente pur essendo coinvolto nelle vicende della società». Naturalmente esistono possibilità di riflussi in questo processo, poiché una caratteristica costante dell'adolescenza è «il rapido alternarsi di sprezzante indipendenza e di regressiva dipendenza e perfino del coesistere, in un dato momento, di questi due estremi» (Winnicott 1961, p. 109); ed è fondamentale, da parte degli adolescenti, la percezione di potersi sentire utili, di poter dare significato al mondo e di poter incidere su di esso, cosi come è indispensabile che essi trovino nel mondo e nella cultura quegli oggetti che possono facilitare loro l'espressione delle inclinazioni fondamentali custodite nel vero Sé.

Sviluppo delle funzioni psichiche

Winnicott ha indicato tre processi fondamentali che determinano lo sviluppo dell'Io del bambino lungo le tre fasi precedentemente descritte. I tre processi sono: *integrazione, personalizzazione, relazione d'oggetto.* I tre processi non sono consecutivi e in parte si sovrappongono. Inoltre, anche se sono presenti nelle prime fasi dello sviluppo, continuano per tutta la vita dell'individuo, con periodi di avanzamento e di regresso, e non possono mai dirsi definitivamente compiuti. Ciascuno dei tre momenti della crescita dell'Io è collegato con un aspetto particolare dell'accudimento materno:

Integrazione Holding (tenere in braccio, contenere)

Personalizzazione Handling (manipolare)

Relazione d'oggetto Object presenting (presentazione dell'oggetto)

Integrazione

L'integrazione è quel processo di organizzazione della realtà psichica individuale che porta il soggetto alla condizione di percepire la propria unità e la propria esistenza, secondo la formula "Io sono". E' un processo che dipende completamente dall'holding della madre, dalla sua capacità di essere sufficientemente buona.

L'integrazione è strettamente legata alla funzione ambientale del sostegno. La conquista dell'integrazione è l'unità. Prima viene 1' "Io", che significa "tutto il resto è non me". Poi viene "Io sono, esisto, io accumulo esperienze e mi arricchisco e ho un'interazione introiettiva e proiettiva con il NON-ME, il mondo reale della realtà comune. Aggiungete a questo: "Sono visto o capito come esistente da qualcuno"; e inoltre aggiungete: "Ricevo di ritorno (come un volto visto in uno specchio) la prova, di cui ho bisogno, di essere stato riconosciuto come un essere" (Winnicott 1965, p. 74).

All'inizio della fase della dipendenza il bambino è in una condizione di *nonintegrazione.* L'integrazione inizia utilizzando schemi innati corporei, elementi motori e sensoriali, sui quali si innesta poi il senso nascente di esistere. Dobbiamo anche postulare un'attività immaginativa che accompagna fin dall'inizio questi aspetti elementari dell'esperienza del bambino. Nella fase della dipendenza assoluta, assimilabile al "narcisismo primario" di Freud, non c'è differenza fra il me e il non-me, nessun oggetto esterno viene esperito come tale e c'è una sorta di continuità con la condizione che vigeva prima della nascita. Come abbiamo visto precedentemente, il fattore integrante è il senso di continuità, scandito dal respiro e dal battito del cuore, in assenza di urti cioè stimoli interni ed esterni. Dato che è la madre a provvedere al mantenimento della continuità attraverso l'holding, il suo lo funziona nella fase della dipendenza assoluta da *Io ausiliario* rispetto a quello del bambino che si sta formando e il processo di integrazione dell'Io del bambino è basato sulla funzione di Io ausiliario della madre. L'integrazione include progressivamente l'orientamento nello spazio tridimensionale e un senso dello svolgimento del tempo.

Se l'accudimento non è sufficientemente buono, se vi è una *ripetuta e sistematica* inadempienza o un'incapacità totale della madre ad entrare nella condizione della «preoccupazione materna primaria», il bambino vive, una condizione di *privazione* caratterizzata dalla comparsa delle *angosce impensabili.* Queste sono:

Andare in pezzi

Cadere per sempre

Essere senza alcuna relazione con il corpo

Essere senza orientamento

Nelle prime fasi del suo sviluppo, afferma Winnicott, «è necessario non considerare il bambino come un individuo che ha fame e le cui pulsioni istintuali possono essere soddisfatte o frustrate, ma bisogna invece considerarlo come un essere immaturo che è sempre *sull 'orlo di una impensabile angoscia»* (Ivi, p. 69). Questa dunque è la caratteristica fondamentale della vita psichica dell'infante, il suo essere esposto all'angoscia a meno che la preoccupazione materna non lo protegga dagli urti dell'esistenza.

Le angosce impensabili, che sono così chiamate proprio perché sono vissute in una fase in cui l'Io non si è ancora formato e quindi non può farne esperienza, riconoscerle e ricordarle, «costituiscono proprio la materia prima delle angosce psicotiche, che clinicamente rientrano nella schizofrenia o nell'emergere di un elemento schizoide nascosto in una personalità per altri aspetti non psicotica» *(ibidem).* E, d'altra parte, è proprio dalle angosce psicotiche che Winnicott ha inferito il dramma primario dell'infante.

La mancanza di protezione materna rispetto alle angosce impensabili, produce un arresto del normale processo di integrazione e una condizione contraria di *frammentazione* psichica. 1 possibili disturbi conseguenti, che possono manifestarsi successivamente, sono:

Schizofrenia o autismo. Ne può essere ipotizzata la causa nel fallimento delle primissime fasi maturative quando non vi sono segni di deficit o di malattia neurologica.

Schizofrenia latente. Ne esistono diverse varietà «in bambini considerati normali o addirittura d'intelligenza particolarmente vivace e precoce. La malattia si manifesta nella fragilità della "riuscita". La lotta e gli sforzi in stadi successivi dello sviluppo possono far precipitare una malattia» (Ivi, P 71).

Difesa *del falso Sé.* In condizioni di accudimento sufficientemente buono la madre, soddisfacendo tutti i bisogni del bambino, va incontro alla sua onnipotenza, la asseconda. Altrimenti, si costituisce la difesa del falso Sé attraverso il tentativo del bambino di autosostenersi in assenza del sostegno esterno, ovverosia attraverso l'organizzazione di un *Sé-custode* volto a proteggere il vero Sé. Questo falso Sé si costituisce dunque come reazione al fallimento delfaccudimento della madre, come reazione autoprotettiva agli urti ma finisce per danneggiare il vero Sé. L'uso della difesa del falso Sé permette a molti bambini, in una fase successiva dello sviluppo, di apparire brillanti e promettenti, perfettamente adeguati alle aspettative dei genitori; «ma in seguito interviene una crisi a rivelare l'assenza del vero Sé dalla scena» *(ibidem).*

Personalità schizoide. Un disturbo di personalità può svilupparsi come evoluzione di un nucleo schizoide nascosto in una personalità per altri versi sana.

Winnicott inoltre usa il termine *disintegrazione* per indicare una difesa che consiste nella «produzione attiva» di caos nella psiche del bambino da parte del bambino stesso contro le angosce impensabili:

Il caos della disintegrazione può essere tanto "cattivo" quanto la inattendibilità del l'ambi ente, ma ha il vantaggio di essere prodotto dal bambino e perciò di non essere imputabile all'ambiente: è nella zona dell'onnipotenza del bambino. In termini psicoanalitici si può dire che esso è analizzabile, mentre le angosce impensabili non lo sono (Ivi, p. 74).

D'altra parte, nel processo di integrazione dell'Io, ci sono momenti in cui il bambino invece sperimenta di nuovo una condizione di non-integrazione: momenti che sono di vitale importanza per lo sviluppo di alcune fondamentali capacità e cioè quella di essere solo e di godere della propria solitudine, la capacità di integrare positivamente alcuni stimoli dell'Es, la capacità del godimento estetico.

La capacità di vivere momenti di solitudine positiva, di rilassamento e di abbandono ad una condizione di sensibilità aperta e fluttuante, qualcosa di simile a quello che per gli adulti è il godimento estetico, viene raggiunta dal bambino nel momento in cui ha acquisito fiducia nella presenza di un ambiente che lo supporta. Il bambino può concedersi allora di tornare a momenti di nonintegrazione in cui si lascia andare al sentire, cioè all'afflusso di stimoli interni ed esterni, senza provare ansia. Winnicott chiama questa attitudine *capacità di essere solo in presenza di qualcuno* e la considera fondamentale per il processo di maturazione emotiva di un individuo perché si tratta di un momento in cui il piccolo si concede la spontaneità del rapporto con il vero Sé. La condizione importante è che egli percepisca la presenza della madre attorno a sé, non interferente né, in quel momento, concentrata su di lui, magari occupata in qualcosa d'altro o sostituita da qualcosa che la rappresenta, come «da un lettino, o da una carrozzina o daH'atmosfera generale deH'ambiente circostante» (Ivi, p. 31). Vi è dunque un rapporto consolidato con la madre in cui il supporto all'Io del bambino è garantito. Winnicott parla anche a questo proposito di *ego-relatedness,* relazionalità (nel termine è implicito il senso della potenzialità) dell'Io: «La relazionalità dell'Io si riferisce al rapporto fra due persone, una delle quali in ogni caso è sola; forse entrambe sono sole, ma la presenza di ciascuna è importante per l'altra» *(ibidem).*

Scrive Winnicott che «è quasi certo che il riposo significa per il lattante un ritorno allo stato non integrato» nella misura in cui il sostegno dell'Io da parte della madre è affidabile, il bambino è in grado di tornare a questo stato di non integrazione senza minacce alla sua continuità personale. Nella trascrizione frammentaria di una lezione troviamo questa descrizione dello stato non integrato di riposo: «[...] diciamo che nei momenti di quiete non ci sono linee ma solo tante cose separate da linee, il cielo visto attraverso gli alberi, qualcosa come gli occhi della madre che vanno e vengono, vagando qua e là. Non aver bisogno di una qualsiasi integrazione.,, è una cosa estremamente preziosa da saper conservare. Si perde qualcosa, senza. Qualcosa come essere calmo, riposato, rilassato e sentirsi tutt'uno con persone e cose quando non c'è proprio nessuna eccitazione» (Davis, Wallbridge 1981, pp. 54-55).

Anche nel gioco non eccitato, cioè non condizionato dalle pulsioni dell'Es, il bambino vive questo stato che diviene poi la condizione per vivere da adulti l'esperienza estetica del mondo. Naturalmente occorre differenziare questa solitudine che dà benessere dallo stato di isolamento in cui tutto è percepito lontano e il dentro è sentito vuoto.

Nel corso del tempo l'individuo comincia a poter fare a meno della presenza *effettiva* della madre, nei momenti di solitudine. Ciò significa che questa presenza è stata sufficientemente interiorizzata sotto forma di uno spazio interno affidabile che rende vicina e rassicurante la presenza del mondo esterno, e che funziona da solido contenitore per gli stimoli e i vissuti interni.

Personalizzazione

Potremmo definire questo processo come l'acquisizione di uno schema corporeo proprio e l'insediamento della psiche nel corpo. Come conseguenza la pelle diviene una membrana limitante che separa il me dal non-me, il dentro dal fuori.

A un anno anche il bambino sano è saldamente radicato al corpo solo in taluni periodi. La sua psiche può perdere contatto col corpo, e possono verificarsi fasi in cui non è facile per lui rientrare d'un tratto nel corpo, come per esempio quando è svegliato da un sonno profondo. Le madri, che sanno ciò, svegliano gradualmente il bambino prima di trarlo dalla culla in modo da non provocare quelle terribili grida di panico che un cambiamento di posizione del corpo in un momento in cui la psiche è assente da esso può suscitare (Winnicott 1958, p. 15).

La personalizzazione dipende da una buona funzione di handling esercitata dalla madre, dalla sua capacità di maneggiare il bambino in modo naturale, senza produrre urti, e senza fargli sentire che il corpo è fatto di parti non ancora coordinate (la testa che ciondola, gli arti che penzolano) ma facendogli percepire il corpo come un'unità in modo che il bambino lo senta come parte del suo Sé e come contenitore del suo Sé. Una malattia psicosomatica «talora è poco più di una accentuazione di questo legame tra psiche e soma di fronte al pericolo che esso si rompa; questa rottura del legame determina varie forme cliniche che vengono chiamate "depersonalizzazione"» (Winnicott 1965, p. 290). Spesso un disturbo psicosomatico nasconde problemi di depersonalizzazione.

Relazione d'oggetto

Con l'espressione *object presenting*, presentazione dell'oggetto, Winnicott indica una fondamentale esperienza per la strutturazione dell'Io del bambino. Supponiamo che nel bambino si crei un bisogno che può essere soddisfatto da un oggetto che egli non può ancora rappresentarsi. Se la mamma intuisce il bisogno e offre al bambino proprio quell'oggetto che può soddisfarlo (questo può avvenire la prima volta anche con il seno) il bambino può nutrire l'illusione di aver creato lui l'oggetto (onnipotenza) e al tempo stesso impara a collegare la sensazione di quel particolare bisogno alla rappresentazione dell'oggetto che può soddisfarlo. Da questa esperienza egli sviluppa la convinzione che il mondo contenga proprio ciò di cui lui ha bisogno e quindi anche la speranza che esista una corrispondenza viva e pennanente fra il suo mondo interno, con la sua creatività, e la realtà esterna e che il mondo sia un luogo accogliente.

Ma la madre può anche sistematicamente fraintendere il bisogno del bambino espresso in un gesto che evoca un oggetto e questo errore sistematico provoca la strutturazione di un falso Sé nel bambino:

Il vero Sé sorge grazie alla forza data all'Io debole dell'Infante dal supplemento offerto dalla madre alle sue espressioni onnipotenti. La madre non sufficientemente buona non è capace di sostenere l'onnipotenza del figlio, e cosi fallisce ripetutamente nel rispondere al suo gesto; essa vi sostituisce invece il proprio gesto chiedendo al figlio di dare ad esso un senso tramite la propria condiscendenza. Questa condiscendenza é lo stadio primario precoce del falso Sé, e dipende dalla incapacità della madre a presentire i bisogni del figlio [...] il vero Sé non diventa una realtà vivente se non come conseguenza del ripetuto successo della madre nell'andare incontro al gesto spontaneo o alla allucinazione sensoriale dell'infante (Ivi, p. 184).

Il gesto spontaneo del bambino è espressione del suo vero Sé:

[...] nel primissimo stadio il vero Sé è la posizione, postulata teoricamente, da cui vengono il gesto spontaneo e l'idea personale. Il gesto spontaneo è il vero Sé in azione. Solo il vero Sé può essere creativo e può sentirsi reale, 1'esistenza di un falso Sé determina una sensazione di irrealtà o di futilità (Ivi, p. 187).

L’oggetto esiste in uno spazio di illusione, perché il bambino, neH’illusione di essere stato lui a crearlo, fa esperienza della propria onnipotenza. L’oggetto è dunque un *oggetto soggettivo.* Durante la crescita e le prime esplorazioni, la madre avrà cura di disseminare attorno al bambino oggetti che potranno rispondere ai suoi vari bisogni e che lui potrà incontrare e scegliere, passando cosi lentamente a fare esperienza di oggetti oggettivi che imparerà ad usare, come nel gioco (Ivi, p. 126). Per passare aH’esperienza degli oggetti esterni, il bambino deve subire alcune frustrazioni della sua onnipotenza per cui potrà odiare l'oggetto che non si adatta alla sua onnipotenza, ma si tratta di un odio funzionale aH’esperienza degli oggetti come esterni e autonomi rispetto a lui.

Nella fase di transizione tra l’oggetto soggettivo e l’uso dell’oggetto, percepito come esterno quindi non collegato all’onnipotenza e all’illusione di averlo creato, il bambino fa esperienza dell’ogge/Zo *transizionale.* Con questa espressione Winnicott designa un fenomeno da lui frequentemente osservato: i bambini scelgono un oggetto con il quale intrattengono un rapporto particolare: può trattarsi di una copertina, di un oggetto informe da loro costruito con materiali eterogenei, di un giocattolo o di qualsiasi altra cosa, compresi i suoni e le cantilene. Questi oggetti hanno per il bambino un potere calmante: calmano cioè l’ansia per le assenze della madre, permettono al bambino di permanere per un certo tempo lontano da lei mantenendo comunque la sensazione della costanza della sua presenza. L’oggetto transizionale ha un’esistenza paradossale, esso viene infatti percepito dal bambino sia come una propria creazione sia come qualcosa di esterno che ha un'esistenza autonoma. Viene quindi salvaguardata l’onnipotenza ma al tempo stesso subentra il principio di realtà. L’oggetto transizionale, a causa deH'ambivalenza del sentimento che il bambino prova per esso, amore e odio, viene spesso aggredito e danneggiato e deve dimostrare di poter sopravvivere all’aggressività. Lentamente il bambino perde interesse per questo oggetto. In seguito, il suo valore verrà assunto dai fenomeni culturali, quelli che, come l’oggetto transizionale. mediano tra mondo esterno e mondo interno dell’individuo, tra la realtà e la capacità dell’individuo di modificarla creativamente.

Diverso dall’oggetto transizionale è *i\ feticcio.* Questo è un oggetto che non svolge una funzione calmante rispetto all'assenza momentanea della madre, bensì va a sostituirla una volta che essa è definitivamente assente. Per questo il feticcio produce dipendenza e angoscia allo stesso tempo, perché comunque è un semplice sostituto di un accudimento, di una presenza che avrebbe dovuto esserci ma che non c’è più. è quindi il segno di una irreparabile mancanza.

Preoccupazione e antisocialità

La funzione positiva del senso di colpa nei bambini consiste nel fatto che, quando l'Io è sufficientemente integrato, consente di mantenere «un’immagine buona dell’oggetto insieme all'idea di distruggerlo», cioè, in altre parole, consente di sostenere l’ambivalenza dei nostri sentimenti di amore. Dal senso di colpa nasce infatti la capacità di preoccuparsi, di prendersi cura e di assumersi responsabilità. Ciò dipende dalla risposta che il bambino riceverà all’espressione della sua aggressività nei confronti della madre. E’ opportuno che questa risposta consista nella dimostrazione di disponibilità da parte della madre ad attendere il tempo necessario perché il bambino possa riparare alla sua aggressività, ad accettarla e a non dare segni di vulnerabilità all’attacco distruttivo. Quando manifesta la sua aggressività nei confronti della madre, il bambino sviluppa un senso di colpa e l’angoscia di aver danneggiato il suo oggetto di amore. Per questo cercherà di riparare e deve poter sentire sia di avere il tempo di farlo sia che la madre è comunque indistruttibile dai suoi attacchi. Poter contare sulla possibilità di una riparazione, genera nel bambino la capacità di preoccuparsi per l’altro, di prendersene cura e il senso di potersi assumere delle responsabilità. La vulnerabilità della madre ai suoi attacchi o il fatto che lei non conceda la possibilità di riparare, producono la perdita della capacità di preoccuparsi e la sostituzione di questa con angosce e difese primitive, come la scissione e la disintegrazione.

Per quanto riguarda le condotte antisociali, Winnicott le considera come l'effetto di una *deprivazione.* Mentre il termine *privazione* sta ad indicare la mancanza fin dall'inizio dello sviluppo del bambino delle cure di una madre sufficientemente buona, il termine deprivazione viene usato daH'autore per indicare il fatto che quelle cure ci sono state inizialmente ma che poi si sono improvvisamente interrotte, o a causa della scomparsa della madre, o a causa di una sua improvvisa incapacità o impossibilità di continuare a fornirle.

Winnicott sostiene che la deprivazione dà luogo a una condotta delinquenziale quando il soggetto ha intravisto un segno di speranza che la deprivazione possa essere rimediata attraverso il rapporto con una persona che possa di nuovo fornirgli l'attenzione e la cura perdute (Winnicott 1967, pp. 89). Il primo furto da parte di un bambino, ad esempio, può essere il segno che egli ha incontrato qualcuno da cui pensa di poter essere aiutato a superare la deprivazione subita nel periodo in cui faceva ricorso aH'oggetto transizionale. Un improvviso comportamento distruttivo da parte di un bambino che è sembrato fino a quel momento estremamente controllato, può essere il segno che una deprivazione paterna, che ha costretto il bambino a negarsi qualsiasi espressione di aggressività, può essere finalmente rimediata dall'incontro con una persona che può contenere la sua distruttività, cosi come il padre avrebbe dovuto fare a suo tempo. Il bambino spera quindi di poter di nuovo esprimere la sua aggressività senza che questa produca conseguenze irreparabili.

E' opportuno che queste espressioni siano accolte dalle figure prescelte, o dai familiari se è con essi che il bambino esprime il comportamento delinquenziale, al fine di rimediare alla deprivazione subita dal bambino. Altrimenti, una semplice reazione repressiva può rinforzare nel piccolo la percezione di un tornaconto secondario nella sua condotta antisociale, cioè la perdita di ogni speranza che l'ambiente possa rimediare alla deprivazione subita determina l'identificazione con quella malvagità che gli altri hanno intravisto nel suo comportamento. II comportamento antisociale diviene quindi una difesa dell'Io, che lo rafforza, contro la sofferenza della deprivazione e il rischio di un crollo psicotico.

Riflessi della teoria sulla tecnica

Lo stile terapeutico di Winnicott ricalca per molti aspetti gli atteggiamenti della madre sufficientemente buona, soprattutto in quei casi, come le psicosi, in cui la terapia deve avventurarsi sul terreno delle privazioni delle prime cure materne e delle angosce impensabili.

La terapia ricrea uno «spazio potenziale» di eventi tra terapeuta e paziente, come avviene ad esempio con il gioco dello scarabocchio che Winnicott praticava con i bambini. Il gioco consisteva nel fatto che alternativamente il terapeuta e il piccolo paziente tracciavano un segno qualunque sul foglio che l'altro doveva completare. In questo modo si instaurava un'interazione costruttiva, cioè volta a costruire insieme dei significati, senza alcuna direttività da parte del terapeuta.

Soprattutto con coloro che hanno vissuto esperienze di privazione, il terapeuta deve funzionare inizialmente da Io ausiliario, fornire cioè quelle «provvidenze ambientali» che rispondano ai bisogni più elementari del paziente; deve suscitare nel paziente la certezza che vi è accanto a lui una presenza attenta, costante, non invadente, creando quel senso di continuità e di fiducia che è mancato nell'esperienza che il paziente ha fatto delle cure materne. Naturalmente vi è una differenza fra la funzione di Io ausiliario della madre sufficientemente buona e quella del terapeuta, differenza che sta nel fatto che mentre l'attitudine della madre è irriflessa, inconsapevole, istintiva, il terapeuta è cosciente di sé e delle sue azioni di holding.

[...] si potrebbe postulare che la tendenza regressiva in un caso psicotico sia una *comunicazione* dell'individuo malato, che l'analista può comprendere allo stesso modo in cui comprende il sintomo isterico appunto come comunicazione. La regressione rappresenta la speranza dell'individuo psicotico che certi aspetti dell'ambiente che in origine fallirono possano essere rivissuti e che questa volta l'ambiente riesca, invece di fallire, nella sua funzione di favorire la tendenza naturale deH'individuo a svilupparsi e a maturare (Winnicott 1965, p. 162).

Anche la funzione rispecchiante del volto della madre ha una sua immediata traduzione in termini di atteggiamento terapeutico, è la metafora di un orientamento fondamentale:

Questo rapido sguardo del lattante e del bambino che vedono il sé nella faccia della madre, ed in seguito in uno specchio, tornisce un modo di guardare all'analisi ed al compito psicoterapeutico. La psicoterapia non consiste nel fare intepretazioni brillanti ed appropriate; in linea di massima ed a lungo termine è un ridare al paziente su un ampio arco di tempo ciò che il paziente porta. E' una complessa derivazione della faccia che riflette ciò che è là per essere visto. Mi piace pensare al mio lavoro in questo modo, e pensare che se lo faccio abbastanza bene, il paziente troverà il suo proprio sé e sarà in grado di esistere e di sentirsi reale. Sentirsi reale è più che esistere; è trovare una maniera di esistere come se stesso, e di entrare in rapporto con oggetti come se stesso, e di avere un sé entro cui ritirarsi per rilassarsi.

Ma non vorrei dare l'impressione di ritenere che questo compito, di riflettere ciò che il paziente porta, sia facile. Non è facile, ed è emotivamente spossante. I pazienti, anche se non guariscono, ci sono grati per il fatto che li abbiamo visti come sono, e ciò ci dà una soddisfazione profonda (Winnicott 1971, p. 199).

Perde di significato, nella prima fase dell'analisi, in cui occorre creare fiducia, il valore delle interpretazioni dell'analista. Per il paziente non è tanto importante l'accuratezza dell'interpretazione quanto il desiderio che l'analista gli dimostra di aiutarlo, la capacità dell'analista di identificarsi con lui e di comprendere così ciò di cui egli ha bisogno e di rispondere al bisogno non appena questo viene comunicato verbalmente o in linguaggio non verbale o preverbale.

E' importante che a partire da questa fiducia ritrovata, il paziente faccia poi l'esperienza di essere solo in presenza di qualcuno, cioè ritrovi la capacità di abbandonarsi alle espressioni del suo mondo interno sentendo comunque che il terapeuta vive accanto a lui un'esperienza simile, cercando nel proprio mondo interno le risposte ai vissuti espressi dal paziente, ma non intervenendo mai con interpretazioni dettate dalle sue conoscenze teoriche. Occorre che sia il paziente a fornire tutto il materiale necessario per poter formulare un'interpretazione, altrimenti l'interpretazione prematura, che non segue i tempi del paziente, può risultargli traumatica, violenta oppure favorirne la dipendenza.

Il lavoro analitico deve essere comunque diretto a interloquire con il vero Sé del paziente creando uno spazio transizionale in cui il vero Sé può imparare ad entrare in contatto con il mondo. Tuttavia inizialmente può essere necessario fare a lungo i conti con il falso Sé.

Si deve riconoscere che, nell'analisi di una falsa Personalità, l'analista può parlare del vero Sé solo al falso Sé del paziente. E' come se una balia portasse il bambino, e dapprima l'analista discute il problema del bambino senza prendere contatto con lui. L'analisi non ha inizio finché la balia non lascia il bimbo solo con l'analista e fino a che il bambino non è in grado di restare solo con lui e di cominciare a giocare (Winnicott 1965, p. 191)

Quindi occorre attendere che il "bambino" sia pronto a giocare e che il Sé custode, quello che ha portato il vero Sé in analisi, sia stato convinto ad affrontarla. Dopodiché non si comincia l'analisi vera e propria finché si interloquisce con le difese del falso Sé e si può non cominciare mai rimanendo alle prese con quelle difese e con la compiacenza del paziente che ostenta miglioramenti. Occorre dunque ad un certo punto trovare il modo di agganciare il vero Sé del paziente.

Solo il vero Sé può essere analizzato. La psicoanalisi del falso Sé, l'analisi diretta a quello che é soltanto un ambiente interiorizzato, può portare soltanto delusione. Ci può essere inizialmente un apparente successo. Negli ultimi anni si è venuto riconoscendo che, al fine di comunicare con il vero Sé laddove è stata data importanza patologica ad un falso Sé, è necessario che l'analista innanzi tutto fornisca condizioni tali che permettono al paziente di passargli il peso dell'ambiente interiorizzato, e di diventare cosi un lattante molto dipendente ma reale, immaturo; allora, e soltanto allora, l'analista può analizzare il vero Sé. Questa potrebbe essere una formulazione in termini attuali del concetto freudiano di *dipendenza anaciitica,* in cui la pulsione istintuale è incline a preservare il Sé. La dipendenza del paziente schizoide o del borderline dall'analista è una realtà, tanto che molti analisti preferiscono evitarne il peso e scelgono i loro casi attentamente. Nello scegliere i casi per l'analisi, gli analisti devono quindi tenere presente l'esistenza comune di un falso Sé. La scelta esige dal clinico una capacità di scoprire la difesa del falso Sé e, quando l'ha scoperta, il clinico deve poi decidere se questa potrà costituire un aiuto positivo per l'analisi o se è così potente in senso patologico ed indica un deficit iniziale così grave nello sviluppo affettivo, che sarebbe meglio lasciar da parte la psicoanalisi (Winnicott 1965, p. 169).

Raggiungere con l'analisi il vero Sé significa recuperare col paziente il suo «gesto spontaneo», le potenzialità del nucleo della sua personalità al di là dell'ambiente interiorizzato, cioè al di là dei sistemi difensivi che ha adottato per sopperire alle carenze dell'accudimento. Quindi l'analisi vera comincia quando il paziente consegna all'analista le difese che ha sviluppato in risposta all'ambiente e si predispone a dare spazio alla parte più positiva ed autentica di sé. Obiettivo dell'analisi non è tanto la risoluzione del sintomo quanto il recupero della "spontaneità" dell'individuo.

Wilford R. D. Fairbairn (1889-1964)

Cambiamenti del paradigma freudiano

La teoria di Fairbairn è esplicitamente antitetica rispetto ad alcuni fondamentali aspetti di quella freudiana, rispetto alla teoria della libido e quindi al concetto di pulsione così come Freud l'ha formulato e posto alla base della vita psichica, e alla teoria freudiana dello sviluppo psicosessuale. I tre assunti teorici fondamentali di Fairbairn sono i seguenti:

La libido non è rivolta al piacere ma a stabilire *relazioni soddisfacenti con gli altri.* La libido è quindi primariamente ricerca d'oggetto (oggetto esterno) per cui il bambino è orientato verso la realtà e verso gli altri fin dalla nascita e la sua ricerca di relazione è finalizzata alla sua sopravvivenza. Anche la ricerca del piacere è una strada verso l'oggetto.

Le modalità di queste relazioni con gli altri non dipendono dalle pulsioni del bambino ma dalla risposta degli oggetti esterni ai bisogni relazionali del bambino

Non esiste un Es che contiene un'energia psichica senza direzione la quale muove l'Io e che l'Io cerca di dominare. L'Io è invece una struttura dinamica originaria che non dipende dalle pulsioni dell'Es ed ha una propria energia.

Fairbairn è convinto che questa primaria ricerca di relazione del bambino è destinata ad essere frustrata soprattutto nello stile di vita moderno a causa del quale la madre è sempre impegnata altrove, casa, lavoro, impegni sociali e non può fornire al figlio quel contatto intenso e ininterrotto di cui godono invece i cuccioli di tutti gli animali. Questa originaria innaturale separazione fa sì che il bambino, nelle prime relazioni con i suoi oggetti, ne interiorizzi l'aspetto cattivo perché gli oggetti si sottraggono in vario modo al bisogno di relazione del bambino. 11 bambino quindi interiorizza soprattutto oggetti cattivi che agiscono come sostituti di oggetti esterni mancanti. Tanto maggiore è la frustrazione del bambino nel suo rapporto con gli oggetti esterni, tanto maggiore sarà il bisogno di creare, come sostituti, oggetti interni. Così, per Fairbairn, gli oggetti interni sono strutture patologiche e mentre la psicologia si occupa di studiare i rapporti con gli oggetti esterni, la psicopatologia studia i rapporti con gli oggetti interni. Questi oggetti interni sono comunque l'effetto di relazioni con quegli esterni.

Inoltre l'aggressività, secondo Fairbairn, non è una componente della libido, né un fattore motivante primario, bensì nasce dalla frustrazione del bisogno primario di rapporto con gli altri

La teoria dello sviluppo

Fairbaim individua tre stadi di sviluppo che implicano una progressiva diminuzione d'intensità dell'identificazione tra il bambino e la madre e della dipendenza:

Dipendenza infantile —» (identificazione primaria, fusionalità)

Fase di transizione —> (separazione)

Dipendenza matura —> (interdipendenza tra soggetti separati)

La fase di transizione consiste in una progressiva separazione accompagnata dalla paura di perdere gli oggetti. Durante questa fase, per raggiungere la dipendenza matura, il bambino deve rinunciare alle sue relazioni di dipendenza con gli oggetti esterni ma deve anche rinunciare all'attaccamento per i suoi oggetti intemi compensatori. Affinché tutto questo possa avvenire, il bambino deve sentirsi amato come persona e credere che il suo amore sia ben accolto dagli altri. La fase di transizione è quindi caratterizzata dal conflitto tra la spinta verso la dipendenza matura, da una parte, e, dall'altra, la regressione alla dipendenza infantile e al legame con gli oggetti interni.

Struttura dell'Io

Le relazioni insoddisfacenti con oggetti esterni, fin dall'inizio dello sviluppo del bambino, rendono necessaria per l'Io la costruzione di oggetti interni compensatori e questa proliferazione di oggetti interni causa una scissione dell'Io. Vediamo come.

La relazione con la madre ha due componenti: una gratificante e una non gratificante. L'aspetto non gratificante è poi ulteriormente suddivisibile in: a) un rifiuto della relazione da parte della madre successivo ad una promessa e ad un allettamento (cioè la madre può rifiutarsi dopo aver suscitato nel bambino il desiderio e la speranza di poterla avere vicino); b) un rifiuto netto (la madre non dà alcun segno di risposta alla ricerca di rapporto del bambino).

Quando la relazione esterna con la madre diviene frustrante, viene internaiizzata e allora abbiamo tre possibilità di relazione con l'oggetto interno corrispondenti a quelle con l'oggetto esterno. Cosi abbiamo anche tre possibili oggetti interni:

) *Soggetto eccitante* (risultante dall'interiorizzazione delle promesse, delle seduzioni, degli allettamenti della madre)

Voggetto rifiutante (risultante dall'interiorizzazione degli aspetti deprivanti e rifiutanti della madre)

Voggetto ideale (risultante dall'interiorizzazione degli aspetti gratificanti della madre)

Ciascuna di queste relazioni intemalizzate attrae a sé una parte dell'Io scindendo la sua originaria unità in:

) *Io libidico,* che è quello che si lega all'oggetto eccitante, ed è sempre alla ricerca di relazioni promettenti e di vaghe rassicurazioni.

Io anti-libidico, detto anche *sabotatore interno,* che si lega all'oggetto rifiutante ed è quindi ostile a qualunque tipo di contatto, disprezza l'Io eccitante per il suo bisogno di cure e per la sua debolezza, per il suo desiderio degli altri, vuole annientare i suoi bisogni e prova rabbia per la seduttività dell'oggetto stimolante. Questi attacchi interni provocano atteggiamenti autodistruttivi e autopunitivi.

Io centrale, che è quello che resta dell'Io originale e che è legato agli aspetti gratificanti reali del rapporto con la madre, oggetto ideale. Questo Io è quello ancora utilizzabile per la relazione matura con persone reali esterne.

Rapporto con l'oggetto cattivo

La scissione dell'Io in lo libidico, Io anti libidico ed Io centrale è per Fairbairn alla base di tutte le psicopatologie. Ma la sua riflessione si concentra in particolare sui meccanismi di formazione della personalità schizoide: la dinamica schizoide di scissione dell'Io diventa il paradigma generale della psicopatologia. Vediamo dunque in sintesi che cosa accade quando un bambino subisce una frustrazione nella sua ricerca di una relazione oggettuale soddisfacente.

Quando la ricerca del bambino subisce una frustrazione dall'oggetto respingente il bambino si trova in un vicolo cieco. Infatti:

) esprimere la propria aggressività potrebbe condurre:

ad un ulteriore rifiuto;

alla sensazione intollerabile che il genitore sia davvero cattivo e alla perdita conseguente del senso di sicurezza che dipende dall'amore dei genitori;

alla paura di perdere l'amore del genitore;

manifestare ulteriormente i propri bisogni produce un senso di umiliazione e di vergogna perché il bambino si sente di essere colui che chiede troppo e si sente quindi cattivo;

manifestare lo stesso il suo amore nonostante non si senta corrisposto equivale a versare i propri sentimenti in un vuoto di risposta con gravi conseguenze per la struttura del suo Io.

Allora, pur di salvare la bontà presunta dei suoi genitori, si difende daH'esperienza di oggetti cattivi attraverso la *difesa di colpa,* detta anche *difesa morale* cioè:

interiorizza i genitori cattivi;

li rimuove insieme alle relazioni cattive che ha con essi o con oggetti cattivi come negli abusi;

si colpevolizza per non colpevolizzare loro (io. bambino, sono cattivo in modo che tu. genitore, resti buono);

mantiene un legame libidico, di devozione, con gli oggetti rimossi instaurando con essi un sistema chiuso basato sulla rimozione della cattiveria del l'oggetto.

Le patologie sono tentativi di sbarazzarsi dei propri oggetti interni cattivi senza però perderli. Anche la depressione nasce dalla difesa di colpa e dall'intemalizzazione dell'oggetto ideale a seguito deH'originaria rimozione schizoide.

Determinanti psicogenetiche dello sviluppo dei tratti schizoidi

Una delle principali determinanti è l'esperienza da parte del bambino che:

la madre non lo ami come persona a sé stante;

non apprezzi o non accetti il suo amore;

lo guardi con indifferenza o distacco o come oggetto di possesso.

Questi aspetti possono convivere con un "accudimento freddo", cioè con il fatto che la madre provveda alle esigenze fisiologiche del bambino senza però che all'accudimento si accompagni l'amore.

Il bambino reagisce a questi vissuti trattando la madre e i suoi rappresentanti successivi con una modalità analoga. Incapace di entrare in un vero rapporto emozionale con gli altri, egli li tratta come oggetti parziali che sono in se stessi cattivi, capaci cioè di soddisfare i bisogni orali e sessuali ma non quelli emozionali: si verifica quindi una spersonalizzazione o deemozionalizzazione della relazione oggettuale.

Si toma al conflitto orale amare-non amare: se non amo perdo l'oggetto, ma se amo non posso fidarmi né dell'amore che sento io per gli altri, perché io sono cattivo, disprezzabile, né dell'amore degli altri per me, perché gli altri sono oggetti cattivi, come mia madre e io sono solo disprezzabile. Il soggetto schizoide ha paura che il suo amore possa solo distruggere la relazione. Quindi rischia di:

ricorrere all’espediente finale di eliminare qualsiasi attitudine al contatto emozionale;

perdere l’energia libidica che sen e anche a tenere insieme la persona;

sentire di precipitare nella catastrofe finale, la disintegrazione dell’Io, la perdita dell’Io.

Le conseguenze del senso di impoverimento dell'Io schizoide sono:

considerare privo di valore ciò che si crea o si dona (con l’idea di non avere in tal modo perduto nulla);

alimentare l’idea che i propri doni continuino a restare parte del sé, anche una volta dati;

sostituire l’esibizionismo all’atto di dare, permettendo così a se stessi di dare senza dare;

atteggiamento compensatorio, rispetto alla percezione del proprio disvalore interno, nella forma della grandiosità, del rigonfiamento narcisistico dell’Io, della sopravvalutazione dei contenuti del Sé, conseguenti ad identificazione con gli oggetti parentali rimossi, con i quali è rimasto un forte legame libidico.

Il soggetto il cui Io ha subito la scissione e questo tipo di impoverimento è come animato da una coazione a ripetere il tentativo di entrare in contatto con i genitori rifiutanti che cerca di salvaguardare nel suo mondo interno. La proiezione di queste relazioni oggettuali interne sul mondo esterno e sulla vita concreta pregiudicano cosi la vita relazionale del soggetto. Come oggetti d’amore egli sceglie persone che rappresentano il suo oggetto interno rifiutante o eccitante, che promette e non mantiene mai. Egli tende dunque sempre a ricreare nelle relazioni la sconfitta, il dolore che sono una sorta di rinnovamento dei legami con i suoi oggetti interni a cui rimane attaccato. Se cosi non fosse infatti proverebbe la sensazione atroce di aver tradito le figure a cui il suo amore è legato. Per questo non riuscirà a stabilire relazioni gratificanti o, nella versione depressiva, avrà timore che il suo amore possa distruggere l’altro. Tutto ciò si trasforma nell’analisi in una forte resistenza al rapporto affettivo con il terapeuta.

6. Implicazioni terapeutiche relative ai soggetti schizoidi

Con i soggetti schizoidi conviene adottare soprattutto due strategie terapeutiche:

) sciogliere la rimozione degli oggetti cattivi per favorire la dissoluzione dei legami libidici con essi e per formare relazioni oggettuali migliori. Obiettivo principale del trattamento è quello di reintegrare l'Io che si è scisso;

) instaurare una relazione emozionale correttiva in modo tale che l'analista sia vissuto come oggetto intero buono e affidabile, come una figura genitoriale positiva di cui ci si possa fidare. Fairbairn sostiene infatti che il fattore decisivo per la cura psicoanalitica è la qualità della relazione che si viene ad instaurare tra paziente e terapeuta. Potrebbe tuttavia esserci il rischio di collusione col terapeuta idealizzato nel biasimare i genitori. Secondo Fairbairn il rischio tuttavia è solo apparente dal momento che il paziente schizoide ha paura di amare perché teme che il suo amore sia rifiutato per cui la sua paura di affidarsi all’analista e di viverlo come buono costituirà un motivo di resistenza pari o maggiore alla collusione che può verificarsi con lui.

Per quanto riguarda i sogni, questi secondo Fairbairn sono resoconti sullo stato del Sé, indicatori della condizione psicologica reale del Sé, generalmente di uno stato di vulnerabilità: quindi i sogni rappresentano situazioni endopsichiche attuali oppure sono drammatizzazioni o cortometraggi delle relazioni attuali tra il Sé e i suoi oggetti interni ed esterni.

Heinz Kohut (1913-1981) e la psicologia del Sé

Il narcisismo

La Psicologia del Sé nasce in seguito agli studi di Kohut su pazienti non ospedalizzati i quali presentavano sintomi diversi, nuovi, rispetto ai pazienti nevrotici che abitualmente ricorrevano alla psicoanalisi. Questi pazienti lamentavano soprattutto una senso di vuoto, sentimenti di insoddisfazione nei rapporti interpersonali e un senso di depressione. Avevano una stima di Sé a volte molto bassa, a volte irrealisticamente alta, erano estremamente sensibili alle critiche, avevano tendenze perverse e mancanza di iniziativa. Kohut definì questo quadro come caratteristico di un disturbo narcisistico. In certi casi questo disturbo si manifestava con maggiore nitidezza e con una sintomatologia complessa che comprendeva fantasie perverse o disinteresse totale per il sesso, l'incapacità di mantenere relazioni stabili e significative, la mancanza di empatia, l'abitudine patologica alla menzogna e frequenti attacchi di rabbia.

Kohut rilevò l'inadeguatezza del modello strutturale della psicologia dell'Io per spiegare le dinamiche che erano aH'origine dei problemi di questi pazienti, in quanto quei problemi sembravano determinati più da un difetto di strutturazione della personalità che da conflitti edipici e di carattere pulsionale.

Osservò inoltre che questi pazienti tendevano ad instaurare con il terapeuta due tipi di transfert: o cercavano dal terapeuta risposte di approvazione e di conferma, assumendo a volte atteggiamenti esibizionistici e grandiosi per ottenere quelle risposte; oppure tendevano ad idealizzare la figura del terapeuta, a considerarlo come una potente fonte di consolazione attribuendogli miracolosi poteri di guarigione, oppure a esagerarne ed esaltarne le qualità personali positive. Kohut chiamò *transfert speculare* la prima modalità, *transfert idealizzante* la seconda. Suppose allora che queste due modalità di transfert dipendessero da antiche e precise carenze di risposte dei genitori idealizzati alle esigenze del bambino di conferme per la sua stima di sé. In particolare, fece risalire queste problematiche alla mancata risposta empatica dei genitori rispetto alle esigenze narcisistiche del bambino, cioè al suo bisogno di approvazione e di conferma.

Kohut dovette così riconoscere i limiti della teorizzazione psicoanalitica sul narcisismo e la tendenza moralistica che aveva il pensiero psicoanalitico a considerarlo come una fase dello sviluppo da superare per raggiungere la piena maturità dell'investimento oggettuale, ottenibile proprio grazie a un disinvestimento degli oggetti narcisistici. Kohut condivide la definizione del narcisismo primario come fase in cui si vive una dimensione di beatitudine che per tutta la vita continueremo a vagheggiare, pur non ricordandola. Ma individua poi nel narcisismo una caratteristica della personalità dell'individuo, che ha una sua propria linea di crescita, parallela a quella della libido oggettuale, ma potenzialmente mai completabile nel corso della vita. In altre parole, il bisogno narcisistico di ricevere conferme dagli altri caratterizza l'individuo per tutta la sua esistenza; tuttavia questo bisogno assume a volte una forma assoluta, smisurata e insaziabile, "arcaica", tanto che il soggetto narcisista, che si percepisce vuoto così come percepisce privo di interesse il mondo, può sostenersi, avere consistenza e vita solo grazie all'attenzione degli altri per lui. L'incontrare un rifiuto o il subire una umiliazione, provoca in queste persone una sorta di catastrofe interiore, il senso di una frammentazione del proprio Sé.

Dunque se accanto a un narcisismo patologico negli adulti, ne esiste anche uno sano che fa parte della normalità dei nostri vissuti relazionali in cui chiediamo agli altri conferme su di noi, per mantenere la stima di noi stessi, e tendiamo ad idealizzare qualcuno, occorre allora rivedere l'idea della psicoanalisi che il narcisismo in età adulta sia il risultato di una fissazione o di una regressione ad una fase evolutiva che deve essere superata. E inoltre, se esiste un narcisismo patologico, ciò fa supporre che qualcosa non abbia funzionato nello sviluppo narcisistico normale del bambino. Così Kohut si impegna nel teorizzare uno sviluppo autonomo del narcisismo, parallelo a quello dell'amore oggettuale (ipotesi del doppio *binario),* sottolineando il fatto che, fin dalle sue espressioni più arcaiche, il narcisismo implica comunque una relazione. Non critica quindi né respinge la teoria delle pulsioni, bensì tenta di mantenerla accanto alla sua psicologia del Sé che studia lo sviluppo del narcisismo sano e patologico nell'individuo in una particolare prospettiva collegabile alle teorie delle relazioni oggettuali. Vediamo come.

Innanzitutto lo sviluppo narcisistico è collegato a quello di una dimensione fondamentale del soggetto: il suo Sé che si forma quando l'ambiente circostante reagisce al bambino anche molto piccolo come a un individuo dotato di un proprio Sé. Inoltre il Sé deve essere considerato come centro di esperienza, iniziativa e motivazione dell'individuo, come percezione della propria unità mente-corpo, come istanza mentale a cui il soggetto si riferisce in modo autoriflessivo, come contenitore delle proprie ambizioni e dei propri ideali. Di questo Sé, che non possiamo conoscere direttamente, possiamo invece riconoscere le manifestazioni attraverso l'introspezione. La possibilità di sviluppo del Sé e quindi dell'autostima e del senso di essere qualcuno, può avvenire solo grazie all'empatia del genitore rispetto ai bisogni narcisictici del bambino, il quale li esprime in due fórme, coincidenti con le due modalità di transfert che abbiamo precedentemente indicato: o nella forma del Sé *grandioso,* o nella forma dell'Argo *parentale idealizzata.* Ambedue sono attitudini che già il lattante manifesta nella ricerca della perfezione del primitivo legame madre-bambino.

Sé grandioso

Il Sé grandioso è il bisogno che ha il bambino di una madre empatica che mostri approvazione per ciò che egli è e fa. Laddove questa empatia materna è carente, il bambino può ricorrere ad atteggiamenti esibizionistici pur di riscuotere l'approvazione e l'apprezzamento della madre, così come avviene negli adulti nel transfert speculare. Se la madre corrisponde empaticamente a questi nuovi tentativi del bambino, con la sua approvazione, si avrà l'inizio di un sano sviluppo narcisistico che culminerà nell'acquisizione di ambizioni, di una sana stima di sé, dello sviluppo di una capacità empatica.

Kohut definisce *Vempatia* come la capacità di pensare e sentire se stessi nella vita interiore di un'altra persona ovvero come la capacità di provare ciò che un'altra persona prova ma in maniera attenuata. Cioè nell'empatia c'è uno scarto rispetto aH'immedesimazione completa e questo ha un valore funzionale. Un esempio può essere quello della madre che empatizza con l'ansia del neonato e lo prende in braccio, lo stringe per calmarlo e il bambino si calma perché la mamma lo ha compreso ma non si è lasciata travolgere dalla sua ansia:

[...] la madre ha sperimentato, come segnale empatico, non tutta l'ansia del bambino, ma soltanto una versione più debole di essa. Se la capacità empatica della madre è rimasta infantile, cioè se essa tende a rispondere col panico all'ansia del bambino, allora si può mettere in moto una catena deleteria di eventi. La madre può erigere un muro invalicabile fra se stessa e il bambino, privandolo così del benefico effetto di fondersi con lei nel momento in cui riesce a passare daH'esperienza di una modica ansia alla calma. Oppure può continuare a rispondere col panico, nel qual caso si possono avere due conseguenze negative: la madre può gettare nel suo bambino le basi di un'inclinazione, che durerà poi tutta la vita, alla diffusione incontrollata di ansia o di altre emozioni; oppure la sua eccessiva risonanza empatica, costringendo il bambino a proteggersi da un'emozione troppo intensa e quindi traumatizzante, può indurre in lui un'organizzazione psichica impoverita: l'organizzazione psichica di una persona che in futuro sarà incapace di essere empatica, di vivere le esperienze umane, di essere, in sostanza, pienamente umana (Kohut 1984, p- H4)

Anche nell'empatizzare con le manifestazioni del Sé grandioso del bambino, la madre mantiene un certo scarto, non diviene la sua adoratrice. Anzi inizierà a praticare, dopo che il Sé grandioso del bambino ha avuto una conferma incondizionata, dei *lievi fallimenti empatici,* ovvero *delie frustrazioni ottimali,* cioè sarà più selettiva empatizzando con quelle manifestazioni del Sé grandioso che sono più adeguate ad un progressivo adattamento del bambino ad un'autostima realistica ed alla percezione dei propri limiti.

La madre ha costituito per il bambino, e continua a costituire, quello che Kohut chiama *l'oggetfo-Sé,* cioè l'oggetto materno dal quale il bambino non si sente del tutto distinto perché è un oggetto destinato ad essere assimilato al suo Sé, come un materiale da costruzione che sen e per edificare il Sé del piccolo. I piccoli fallimenti empatici avvengono quando il bambino ha interiorizzato aspetti fondamentali dell'empatia materna alle espressioni del suo Sé grandioso, per cui egli è in grado adesso di percepire da dentro la stima e il rispecchiamento incondizionato che la madre gli ha fornito da fuori. Questo processo è chiamato da Kohut *interiorizzazione trasmutante.* Questi aspetti dunque fanno parte del suo Sé, cosi come vengono a farne parte le frustrazioni ottimali, il senso del limite e la stima realistica di sé. Tutte queste qualità sono state per così dire scorporate dalla madre e trasmutate in caratteristiche del Sé del bambino.

Imago parentale idealizzata

Anche questo è un *oggetto-Sé* (corrispondente al transfert idealizzante): un genitore viene idealizzato dal bambino che gli attribuisce tutte le qualità positive e si sente impotente quando è separato da lui. E' ovvio che il genitore idealizzato deve rivolgersi al figlio dedicandogli tutta l'attenzione e l'ammirazione possibili in modo che le qualità idealizzate tornino al bambino stesso che si sente gratificato dall'attenzione rivoltagli dal genitore idealizzato.

Anche qui, piccole delusioni sul genitore idealizzato, cioè frustrazioni ottimali, permettono l'interiorizzazione trasmutante di aspetti tolti all'oggetto-Sé e trasformati in funzioni endopsichiche del bambino. L'imago parentale idealizzata e interiorizzata è così all'origine degli *ideali* del bambino e poi dell'adulto.

La patologia e la teoria della tecnica

Manifestazioni di Sé grandioso e di idealizzazione negli adulti sono il segno di un percorso di sviluppo in cui è mancato il supporto adeguato degli oggetti- Sé, generalmente per problematiche narcisistiche, depressive o psicotiche dei genitori, per cui non vi è stata specularità agli atteggiamenti grandiosi-esibizionistici del bambino, né vi è stata possibilità di idealizzare qualcuno o il qualcuno idealizzato non ha restituito ammirazione e stima al bambino. Le espressioni di rabbia, cosi frequenti nei pazienti narcisisti, sono dovute ai fallimenti da parte degli oggetti-Sé.

Occorre considerare che il Sé grandioso e l'imago parentale idealizzata sono organizzatori primari e fondamentali che garantiscono la strutturazione del Sé a partire da uno stato di originaria frammentazione. Se il soggetto non ha ricevuto da bambino risposte empatiche ai suoi bisogni narcisistici, rimarrà, da adulto, alla ricerca di oggetti-Sé arcaici che soddisfino quei bisogni e il suo Sé sarà esposto al rischio di frammentazione in ogni insuccesso incontrato in quella ricerca. Egli vivrà quindi un desiderio insaziabile di conferme ma il suo Sé sarà sempre sull'orlo della frammentazione. Lo stato di fragilità del Sé appare occultato dal ricorso a fantasie grandiose e megalomaniche arcaiche per cui, in molti soggetti, è osservabile quella che Kohut chiama *scissione verticale:* cioè convivono nella stessa persona, senza apparente interscambio, sia un'atteggiamento di grandiosità che una totale insicurezza e un senso di estrema vulnerabilità. La sintomatologia dei pazienti narcisisti può così essere riassunta: senso di vuoto e percezione del rischio di frammentazione, megalomania e grandiosità, fantasie perverse o mancanza di interesse per il sesso, difficoltà nel lavoro, incapacità di stabilire e mantenere rapporti, mancanza di empatia, attacchi di collera, ipocondria, abitudine alla menzogna, estrema vulnerabilità ai giudizi degli altri

Con questi pazienti sono inapplicabili i principi freudiani della frustrazione sistematica dei bisogni narcisistici del paziente la cui espressione viene considerata come una difesa.

La grande novità introdotta da Kohut nel processo terapeutico, da lui stesso minimizzata per sottolineare il senso della continuità con la tradizione, è il fatto che il terapeuta, di fronte alle carenze empatiche subite dal paziente nella sua infanzia, deve disporsi a fungere da oggetto-Sé, cioè eredita il ruolo genitoriale per riparare alle carenze dei genitori reali nel rispondere empaticamente ai bisogni costitutivi del Sé del paziente. Il terapeuta si sintonizza quindi con gli stati d'animo del paziente, adotta un atteggiamento meno indagatore del terapeuta tradizionale e questo facilita un'attitudine collaborativa da parte del paziente che ha più facilità di comunicare i propri stati di sofferenza assumendo un atteggiamento meno oppositivo e di sfida come sarebbe da aspettarsi da soggetti narcisisti qualora si sentissero inquisiti.

La teoria classica riteneva che il terapeuta non dovesse accogliere i bisogni narcisistici del paziente perché reputava che questi bisogni fossero l'aspetto immaturo, egoistico, regressivo del paziente e che rappresentassero un attrito, da eliminare, nel percorso di sviluppo verso la ricerca matura dell'oggetto d'amore. Anzi uno degli obiettivi della terapia tradizionale é proprio quello di ridurre le richieste del Sé del paziente. Al contrario Kohut, vedendo nel disturbo narcisistico un disturbo della relazione Sé/oggetto-Sé, ritiene che l'analista debba rispondere con l'empatia, e disponendosi a fungere da oggetto-Sé, all'aspettativa che il paziente ha di fare esperienza delle funzioni di oggetto-Sé che gli sono mancate durante lo sviluppo. Il paziente può infatti veder dissolti gli effetti negativi della carenza degli oggetti-Sé nella sua infanzia e rafforzare il suo senso del Sé solo se gli è concesso di realizzare con il terapeuta un solido legame d'oggetto-Sé e riparare in questo modo i difetti nella strutturazione del suo Sé.

Kohut dà questa definizione dell'empatia in analisi:

Il modo migliore di definire l'empatia [...] consiste nell'identificarla con la capacità di pensare e sentire sé stessi nella vita interiore di un'altra persona. E' la nostra capacità quotidiana di provare ciò che un'altra persona prova, anche se di solito, e giustamente, in misura attenuata. [...] All'inizio della vita, la percezione empatica che il neonato ha del mondo circostante equivale a una fusione totale con lo stato emotivo dell'altro. In altre parole, esiste un'invasione empatica opposta a quel sapore attenuato delle altrui esperienze, che caratterizza l'adulto in generale e lo psicologo del profondo in particolare. Dall'inizio della vita, quindi - e la situazione analitica non fa eccezione - ciò che si desidera è essere esposti a un'empatia attenuata, piuttosto che a un'empatia totale e totalizzante (Ivi, pp. 113-114).

Contrariamente a quanto riteneva la teoria classica, inoltre, Kohut riconosce la presenza di un transfert nelle relazioni terapeutiche con i pazienti narcisisti, nelle forme appunto peculiari del narcisismo, cioè, come abbiamo visto, il transfert speculare e il transfert idealizzante (Kohut riconosce anche un transfert gemellare in cui il paziente riconosce come proprie anche dell'analista le caratteristiche che attribuisce a se stesso). L'analista deve dunque recepire il transfert speculare e quello idealizzante del paziente, confermarlo e rafforzarne l'autostima, deve successivamente applicare quelle frustrazioni ottimali che servano al Sé del paziente per compiere l'interiorizzazione trasmutante degli elementi idealizzati nel terapeuta.

Obiettivi della terapia sono l'acquisizione di una stima realistica di Sé, il recupero di ambizioni e ideali, della percezione di stabilità nel tempo del proprio Sé, della capacità di rasserenarsi da soli, di ricavare piacere dalle proprie attività, di vivere i rapporti con empatia. Segni di guarigione sono anche rumorismo e il miglioramento delle capacità creative e della capacità di amare che dipende non solo dal fatto di poter disporre di maggior quantità di libido oggettuale, ma anche dalla maggiore coesione e consistenza del Sé. Kohut ritiene che la fiducia che deriva dal poter contare di ricevere risposte empatiche da parte del terapeuta, produce nel soggetto una maggiore disponibilità empatica nei confronti degli altri e di se stesso, quindi una maggiore capacità di riconoscere gli altrui ed i propri stati d'animo, capacità che nei soggetti narcisisti è estremamente carente.

[...] per la psicologia del Sé l'essenza del processo di guarigione non è definita né daH'allargamento della sfera della consapevolezza né (o almeno non del tutto) dall'accresciuta capacità dell'apparato psichico di controllare le pulsioni. In confronto con la concezione

dell'effetto della terapia psicoanalitica che si basa sul secondo modello freudiano dell'apparato psichico, la psicologia del Sé non riconosce nell'espansione della sfera dominata dall'Io l'essenza del processo di guarigione. E' ben vero che il cambiamento, nel processo terapeutico della psicoanalisi, che lo psicologo del Sé considera sostanziale ai fini della guarigione sarà spesso seguito da un incremento della zona dell'Io [...] Non ho mai sostenuto che le formulazioni della psicologia dell'Io siano sbagliate o inutili. Dico solo che esse non ci consentono di definire in modo soddisfacente le caratteristiche particolari che la psiche assume durante il suo percorso verso la salute: la capacità di rasserenarsi da soli, il senso della continuità del Sé nel tempo e il ruolo cruciale dell'oggetto-Sé nel fornire l'occasione per acquisire certe caratteristiche. [...] come la psicologia del Sé concepisce il processo della guarigione? La risposta è questa: come un percorso costituito da tre stadi; i primi due possono essere descritti come analisi delle difese ed evolversi delle traslazioni, mentre il terzo stadio - quello essenziale - consiste nell'apertura di un canale di empatia fra Sé e oggetto-Sé, e in particolare nello stabilirsi di un accordo empatico, a livelli adulti e maturi, fra Sé e oggetto-Sé. Questo nuovo flusso di empatia prende stabilmente il posto della relazione narcisistica arcaica precedentemente rimossa o scissa, e sostituisce il vincolo che aveva legato il Sé arcaico all'oggetto-Sé arcaico (Ivi, pp. 93-95).

Per il paziente, più che le comunicazioni e le interpretazioni dell'analista, conta l'uso che egli può fare, nella prospettiva dell'interiorizzazione, della ricettività e della disponibilità empatica dell'analista. La fiducia e il senso di stabilità che ne derivano per il paziente, permettono poi di elaborare con lui le sue fantasie grandiose arcaiche, i suoi bisogni di fusionalità e di applicare ad essi frustrazioni ottimali che consentano di trasformarli in caratteristiche positive del Sé. Il terapeuta deve dunque iniziare a lavorare sul qui ed ora della relazione di transfert, sugli aspetti grandiosi e idealizzanti che emergono e che riguardano sia i bisogni d'oggetto-Sé arcaici, sia quelli legati all'esistenza attuale della persona in analisi, contando sul fatto che le spiegazioni e le risposte che dà al paziente gli servono non tanto come strumenti di insight quanto piuttosto come occasioni per fare esperienza di un oggetto-Sé empatico e rispondente. Quando i bisogni più arcaici sono acquietati e il paziente prende ad esprimere la sua percezione delle carenze di oggetto-Sé nella fase edipica, l'elaborazione può essere sollecitata da interpretazioni le quali funzionano anche da frustrazioni ottimali del bisogno di fusionalità.

Infine occorre ricordare che per Kohut non è possibile prevedere un percorso unico di guarigione per tutti i pazienti, occorre quindi che il trattamento si conformi alle caratteristiche di ciascun paziente e si basi sulle sue potenzialità di guarigione.

Wilfred R. Bion (1897-1979)

Gli assunti di base

Bion ha iniziato la costruzione del suo pensiero teorico con gli studi condotti sui gruppi dal 1943 al 1952. Fu infatti incaricato dall'esercito inglese durante la seconda guerra mondiale di occuparsi di soldati affetti da nevrosi di guerra ed egli sperimentò con questi soggetti delle terapie di gruppo nell'ospedale psichiatrico militare di Northfield, che in seguito applicò anche ai civili alla Tavistock di Londra. Nel '45 iniziò un'analisi con la Klein dalla quale riprese molti concetti che sviluppò successivamente in una teoria personale ed originale. Iniziamo quindi lo studio di questo autore dalla sua teoria sui gruppi esposta nell'opera intitolata *Esperienze nei gruppi* (1961).

Secondo Bion gli individui si riuniscono in gruppo per perseguire un obiettivo: in un gruppo terapeutico l'obiettivo è quello di studiare le tensioni, le emozioni, i sentimenti che si animano nel momento in cui più individui si riuniscono a formare un gruppo il quale è considerato dall'Autore come un soggetto unico con dinamiche proprie e non come la somma degli individui che lo compongono e delle loro dinamiche personali. L'attività mentale che viene attivata nel realizzare un compito comune è stata chiamata da Bion «gruppo di lavoro», termine che fa riferimento non all'insieme delle persone che collaborano al compito, ma. appunto, all'attività mentale nella quale esse si cimentano, un'attività basata su un tipo di partecipazione che è definita da Bion collaborazione e sulla volontà di comunicare. Il gruppo di lavoro si impegna a osservare i propri processi in modo «scientifico», analizzando i sentimenti che lo attraversano, abituandosi a verbalizzarli e a contenerli piuttosto che a scaricarli nelle interazioni. Se il gruppo lavora attorno a un compito e questo deve realizzarsi nella realtà, rapprendere dalfesperienza diviene il principale strumento di maturazione del gruppo e dei suoi individui attraverso la tolleranza delle frustrazioni, l'emergere di nuove idee e di nuovi processi di pensiero. Il gruppo di lavoro «è analogo, nelle sue caratteristiche, all'Io come istanza psichica descritta da Freud» (Grinberg et al. 1972, p. 25).

Se questa è la finalità e lo spazio mentale del gruppo di lavoro, tuttavia, secondo Bion, vi è un altro livello di attività mentale coesistente e contrastante con quella finalità, un livello che potremmo anche definire difensivo rispetto all'apprendere dall'esperienza e all'instaurarsi di processi maturi di pensiero nel gruppo, processi che possono portare a insight e cambiamenti spesso dolorosi. Questo secondo livello, per il quale Bion ha coniato il termine «assunto di base», è caratterizzato dall'azione esercitata sul gruppo da emozioni intense, primitive e caotiche, da bisogni di soddisfazione immediata, che interferiscono con la finalità del gruppo di lavoro e che determinano l'organizzazione, la cultura del gruppo dominato dagli assunti di base. Questi si esprimono anche in fantasie magiche e onnipotenti relative al modo in cui possono essere realizzati i desideri e le aspettative del gruppo e sono i principali fattori che inibiscono lo sviluppo e la crescita del gruppo di lavoro. Non hanno nulla a che vedere con l'istinto dell'orda che si attiva quando le persone si riuniscono e non quando sono isolate, bensì sono sempre all'opera in ciascuno di noi. dato che siamo sostanzialmente esseri gruppali, caratterizzati anche a livello individuale da una sorta di gruppalità interna, ma divengono più evidenti e osservabili quando siamo in gruppo. Vi è sempre un solo assunto di base dominante in un certo momento, nel gruppo, di cui determina la struttura e l'organizzazione, coesistendo con il processo di realizzazione del gruppo di lavoro. Il tipo di partecipazione che caratterizza il «gruppo basico» è chiamato da Bion «valenza», termine ripreso dalla chimica e utilizzato per indicare la forza che lega e combina gli individui nell'attività del gruppo basico e che rende il loro comportamento più simile al tropismo delle piante che rispondente ad un'intenzionalità riflessiva. 11 linguaggio del gruppo basico non è utilizzato per sviluppare pensieri o per comunicare, è piuttosto una forma di azione in cui manca quella capacità di simbolizzazione che prelude all'agire e al comunicare riflessivamente.

Gli assunti di base secondo Bion sono di tre tipi: *dipendenza, attacco/fuga, accoppiamento.* Ne esaminiamo le caratteristiche e gli effetti con particolare riferimento al grappo terapeutico.

La cultura del gruppo dominata dall'a.w/nto *di base di dipendenza* si organizza attorno alla figura di un capo da cui dipendere totalmente, a cui delegare la risoluzione dei problemi e il soddisfacimento dei bisogni del gruppo e dei singoli. La persona prescelta a rappresentare questo ruolo solleva il gruppo e i singoli dalla necessità di pensare ed elaborare gli eventi che caratterizzano la vita del grappo, fornendo protezione e sicurezza. Al leader viene dunque delegata totalmente l'incombenza di pensare, decidere e trovare soluzioni e questa incombenza diviene un'aspettativa e una pretesa del grappo nei confronti del leader. In genere il grappo terapeutico delega questo ruolo al terapeuta che ha quindi il compito di curare, risolvere i problemi magicamente, sostenere e guarire. Nei grappi terapeutici, tuttavia, il terapeuta si sottrae a questa aspettativa facendo emergere le fantasie del gruppo, soprattutto quelle relative all'assunto di base, fornendo interpretazioni non individuali, ma mirate alle emozioni del grappo, e invece di colludere con la richiesta di soddisfazione immediata dei bisogni, stimola la produzione di pensieri da parte del gruppo stesso.

Il grappo può percepire la frustrazione dei propri bisogni immediati come una provocazione e, se è stimolato a funzionare ad un livello più maturo, può reagire come per proteggersi da un pericolo di disgregazione. Le idee nuove e la consapevolezza che possono emergere attraverso l'interpretazione e lo stimolo al pensiero contengono infatti una forza potenzialmente distruttiva che produce mutamenti nella struttura del grappo attraverso momenti di disorganizzazione, dolore e frustrazione, cioè producono quello che Bion ha chiamato «cambiamento catastrofico» e il gruppo tende a difendersi dall'eventualità di fare esperienza di questo tipo di cambiamento.

Un tipo caratteristico di reazione è quello di passare ad un altro assunto di base, ad esempio quello di *attacco/fuga.* Un'altra possibile reazione, è la sostituzione del leader, spesso con il membro più malato del gruppo. Un'altra ancora è quella di richiamarsi a qualche idea tradizionale o abitudine condivisa, in modo da ostacolare l'emergere di nuove idee e nuove consapevolezze. Bion parla, più in generale, di un ritorao del grappo alla tradizione, alla Bibbia, alla memoria, cioè a qualche elemento che fondi il suo vecchio modo di essere e delegittimi il nuovo nascente.

Nella cultura dominata dall’av.wt/o *di base di attacco/fuga,* il gruppo è animato dall'idea che esista un nemico, interno o esterno al grappo, dal quale occorre difendersi o fuggire, investendo il proprio leader di aspettative di tipo paranoide. Cioè il leader deve guidare il gruppo lontano dallo stato mentale temuto, quindi dalla paura, dalle intepretazioni, dalla sofferenza, o dal cambiamento, oppure deve guidare l’attacco contro la vittima del momento o contro il terapeuta che propone le sue interpretazioni, o contro supposti nemici esterni, ad esempio l’istituzione all’interno della quale si tiene il gruppo. Questo assunto di base agisce specificamente contro lo stato mentale del gruppo di lavoro che è rivolto al cambiamento e all'elaborazione degli stati di sofferenza. 11 gruppo tenta di distruggere la conoscenza attraverso varie forme di acting out, come ad esempio reazioni rabbiose contro il terapeuta o aggressioni di tutti contro un membro del gruppo che diviene il capro espiatorio per un processo di pensiero che il gruppo si rifiuta di compiere.

Nella cultura delfaMi/n/o *di base di accoppiamento* il gruppo è caratterizzato, come dice Bion, da un'«atmosfera di aspettativa e di speranza» che sollecita a «spostare l’attenzione su fatti che riguardano il futuro» (Bion 1961, p. 161). In questo caso «il capo del gruppo» non è ancora nato (la nascita implicherebbe cambiamento), «è una persona o un'idea che salverà il gruppo (in sostanza dai sentimenti di odio, distruttività e disperazione esistenti in questo o quell’altro gruppo) ma naturalmente, perché ciò avvenga, questa speranza messianica non si deve mai realizzare. Una speranza sussiste fino a quando rimane tale» *(ibidem).* L’«idea messianica», ovverosia la speranza che deve rimanere tale, per cui nulla in effetti deve cambiare, libera il gruppo dal timore per Patteggiamento mentale del gruppo di lavoro che lo minaccia di cambiamento.

In questa fase del pensiero di Bion gli assunti di base sono quindi considerati come ostacoli alla realizzazione del pensiero e del gruppo di lavoro. Tuttavia, come osserva Neri, benché la mentalità di gruppo di lavoro e la mentalità primitiva, nella quale agiscono gli assunti di base, si presentino come «istanze compresenti e contrapposte», il conflitto che ne deriva è all’origine di ogni possibile trasformazione: «E’ soltanto quando revoluto entra in risonanza con il primitivo e lo strappa al suo isolamento che vi è reale sviluppo del gruppo e della personalità dell’individuo» (Neri 1995, pp. 28 -29).

Per spiegare 1’esistenza latente degli assunti di base, Bion creò la nozione di «sistema proto-mentale», una sorta di substrato della personalità «nel quale il somatico e lo psichico sono ancora indifferenziati. Dal sistema proto-mentale possono emanare sia eventi somatici che eventi psichici [...] Nel suo pensiero più tardo il sistema proto-mentale venne concettualizzato come elementi beta» (Symington 1996, p. 152).

Gli *elementi beta* sono elementi grezzi della vita psichica, stati al limite fra lo psichico e il somatico, impressioni sensoriali ed emotive non trasformate né elaborate, che vengono vissute come cose o come corpi estranei all'interno della mente e vengono evacuate (soprattutto attraverso l’identificazione proiettiva) perché non le si può pensare. Questi elementi non possono essere verbalizzati ma vanno trasformati per divenire adatti all’uso del pensiero, devono essere sottoposti, come vedremo, al processamento da parte di una funzione mentale che Bion chiama *funzione alfa,* divenendo *elementi alfa* che possono essere usati nei processi rappresentativi del sogno e del pensiero. Possiamo dunque definire come funzione alfa il complesso delle operazioni di trasformazione degli elementi grezzi beta in rappresentazioni possibili.

Scrive Bion in *Elementi della psicoanalisi:* «Elementi beta. Questo termine rappresenta la primissima matrice dalla quale si può supporre che sorgano i pensieri. Essa partecipa nella qualità di oggetto inanimato e di oggetto psichico, senza alcuna forma di distinzione tra i due. 1 pensieri sono cose, le cose sono pensieri; ed hanno personalità» (Bion 1963, p. 33).

Dunque senza questi frammenti della vita sensoriale ed emotiva e quindi senza la partecipazione del sistema protomentale, non è possibile la creazione di pensieri. Possiamo ritenere, alla luce di questi ultimi sviluppi del pensiero bioniano, che anche gli assunti di base, come espressione del sistema protomentale, contribuiscano ad innescare i processi di pensiero nel gruppo e quindi non siano solo un ostacolo ma anche l’impulso originario per la creazione dello stato mentale del «gruppo di lavoro».

La nascita del pensiero

La crescita psicologica dell’individuo consiste nello sviluppo di forme sempre più evolute di pensiero a partire dalla matrice originaria fornita dagli elementi beta e dalla loro elaborazione. Quindi all'origine del processo di pensiero vi sono questi elementi sensoriali ed emotivi che hanno una radice somatica e si trasformano in oggetti di pensiero.

Vi sono vari livelli di pensiero sempre più sofisticati e gerarchizzati secondo il livello di elaborazione formale degli elementi grezzi, cioè degli elementi beta che costituiscono il gradino inferiore: si hanno quindi subito sopra a questi ultimi innanzitutto gli *elementi alfa* che rappresentano in teoria il primo stadio di organizzazione formale degli elementi beta in strutture che possono partecipare ai processi di pensiero sotto forma di impressioni visive, uditive e olfattive che sono immagazzinabili nella memoria. Se gli elementi beta sono frammenti sparsi che non concorrono a creare una forma anche se tendono verso di essa, gli elementi alfa sono le prime forme, quelle più rudimentali, della vita mentale. Costituiscono il materiale da costruzione dei sogni sotto forma di immagini visive ma possono anche entrare nel pensiero della veglia come immagini immagazzinate nella memoria.

Poi vengono i *pensieri onirici*, i *sogni* e i *miti*, cioè produzioni mentali che si esprimono tramite immagini connesse tra loro in modo narrativo. Il sogno utilizza sia elementi inconsci che consci, li trasforma e li organizza in materiale che promuove i processi di pensiero.

La *tolleranza della frustrazione* è considerata da Bion l'elemento fondamentale della crescita psicologica.

Freud aveva già sostenuto che il pensiero nasce laddove c’è differimento della soddisfazione e che il pensiero della cosa, in questo caso, si sostituisce alla cosa concreta. Perciò il pensiero nasce in assenza dell’oggetto. Nel caso di un bambino che avverte i morsi della fame, se questi vengono tollerati si genera il pensiero dell’oggetto gratificante come oggetto assente che viene desiderato col pensiero cioè si genera una rappresentazione. Dunque, grazie alla capacità di tollerare la frustrazione, l’esperienza di dispiacere occupa uno spazio mentale, diviene significativa e viene contenuta per un tempo tale da permettere alla funzione alfa di elaborarla e renderla pensabile. Nel caso invece che il bambino sia incapace di tollerare la mancanza di soddisfazione, dovrà liberarsi di questo fastidio prodotto dalla mancanza. Ma di “che cosa” si libera? Dato che gli elementi beta gli faranno sentire la mancanza come presenza di un oggetto cattivo, che però non c’è ed è quindi una «non-cosa», il bambino dovrà eliminare questi elementi beta, questa «non cosa», che hanno assunto un aspetto crudele e persecutorio. Quindi, anche se il ragionamento sembra tutto sommato kleiniano, diversamente dalla Klein per Bion non è l’assenza dell’oggetto a renderlo cattivo ma l’incapacità di tollerare la frustrazione della sua non presenza.

Gli elementi beta evacuati dal bambino finiscono nel mondo circostante oppure, come generalmente avviene in presenza di una madre attenta e sensibile, vengono collocati nella madre che agisce quindi da contenitore per ciò che al bambino risulta incontenibile e intollerabile. Si tratta di un processo di identificazione proiettiva. La funzione di contenitore delle identificazioni proiettive del bambino è direttamente collegata al fatto che la madre accoglie questi elementi ed applica ad essi la propria funzione alfa per restituirli trasformati e rielaborati al bambino. Ad esempio la madre accoglie le angosce del bambino perché per la natura del loro legame, per la simbiosi che li ha tenuti insieme prima e dopo la nascita, ella può comprendere tutto quello che accade al piccolo, ha una sensibilità corporea per gli eventi del mondo interno del figlio; ma è anche capace di dare un senso e una forma a quelle angosce, di restituirle al piccolo con parole e atteggiamenti rassicuranti in modo tale che egli possa, da parte sua, dare un nome e una forma a quello che prova. Questa funzione della madre è chiamata da Bion *réverie* (fantasticheria, meditazione, sogno ad occhi aperti).

[...] rèverie sta a designare lo stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli “oggetti” provenienti dall’oggetto amato, quello stato cioè capace di recepire le identificazioni proiettive del bambino, indipendentemente dal fatto se costui le avverta come buone o come cattive.

In conclusione la réverie è uno dei fattori della funzione alfa della madre[...] Ritorniamo adesso al bambino [...] Se la sua intolleranza della frustrazione supera un certo limite, entrano in opera meccanismi onnipotenti, in specie quello deH'identifìcazione proiettiva: Ravvio di essi può ancora essere considerato realistico perché sta ad indicare che viene riconosciuto il valore della capacità di pensare in quanto strumento idoneo ad attenuare la frustrazione presente tutte le volte in cui predomina il principio di realtà. L’efficacia di tale operazione dipende però dall'esistenza, nella madre, di capacità di rèverie: un suo difetto incide negativamente sulla capacità del bambino di sopportare la frustrazione; a questo punto egli si trova a dovere affrontare anche la frustrazione inerente al pensiero stesso. (In tutto il passo ho presupposto che l’identificazione proiettiva sia una varietà primitiva di quanto più tardi viene definito capacità di pensare). Se il bambino è munito di una notevole capacità di tollerare la frustrazione, la tragica evenienza di una madre incapace di réverie. incapace cioè di soddisfare i suoi bisogni psichici, può essere fronteggiata ugualmente. All'altro estremo troviamo il caso del bambino gravemente incapace di sopportare la frustrazione: costui non è in grado di superare neppure l'esperienza di avere un’identificazione proiettiva con una madre capace di réverie senza conseguirne un crollo; l’unica cosa che lo farebbe sopravvivere sarebbe un seno che nutre incessantemente, il che non è possibile, non foss’altro perché l’appetito viene a mancare (Bion 1962, pp. 73-75).

Dunque sia la capacità di rèverie della madre che la capacità del bambino di tollerare la frustrazione concorrono al destino dello sviluppo mentale del soggetto, quindi non dipende tutto dalla madre, ma anche dalla predisposizione psichica del bambino.

Occorre sottolineare che l’utilità della réverie materna non è solo quella di elaborare le identificazioni proiettive del bambino e di agire quindi come funzione alfa per gli elementi beta che lui le proietta dentro, né, in senso kleiniano, soltanto quella di permettergli di interiorizzare un oggetto buono: quello che conta soprattutto è che la funzione alfa esercitata dalla madre venga assimilata dal bambino ed entri a far parte del suo apparato mentale.

E’ da notare che l'identificazione proiettiva viene considerata da Bion non soltanto come uno strumento per scaricare elementi incontenibili, ma anche come uno strumento importante nella comunicazione non verbale tra il bambino e la madre; quindi essa fa passare nella diade non solo aspetti negativi ma anche sentimenti positivi.

L’apparato per pensare

Secondo Bion coscienza e inconscio non sono sistemi rigidamente separati ma in continua comunicazione tra di loro per cui troviamo nell'inconscio aspetti di pensiero vigile e nella coscienza aspetti di pensiero sognante. Anche nell’intuizione vi è un reciproco scambio tra aspetti immaginativi e aspetti di pensiero. Deve comunque esistere una separazione tra coscienza e inconscio, anche se non rigida, altrimenti gli eventi della vita inconscia si mescolerebbero in modo pericoloso con la realtà provocando un’incapacità di distinguere tra sogni e fantasie, da una parte, e principio di realtà dall’altra. La separazione viene chiamata da Bion, con una tenninologia ripresa da Freud, *barriera di contatto.* E’ una barriera che lascia passare selettivamente un gran numero di elementi, quando funziona a dovere, ed è quindi flessibile. Possiamo anche dire che la barriera di contatto è composta di elementi alfa che raccolgono le percezioni inconsce per trasferirle nell’area della pensabilità.

Vi sono due modi per definire i processi di pensiero, modi che fanno riferimento a due tipi di operazioni mentali: l’interazione di contenitorecontenuto (che Bion indica anche con il segno: $ (?) e l’oscillazione tra posizione schizoparanoide e posizione depressiva (PS<->D). Questi due meccanismi fonnano quello che Bion chiama «apparato per pensare». Occorre premettere che Bion usa questi segni per dare l'idea che si tratta di «astrazioni», in quanto i processi che essi indicano sono di fatto sconosciuti e se ne può solo ipotizzare la presenza.

Il modello dell'interazione $ *S* ($=contenitore; Contenuto) è quello già illustrato della madre (contenitore) che riceve gli elementi beta (contenuto) del bambino attraverso l'identificazione proiettiva. In effetti possiamo immaginare che la madre sia predisposta ad accogliere determinati contenuti e che quindi in qualche modo li attiri dentro di sé. A livello dei processi mentali il funzionamento è analogo: è il contenitore che attira un contenuto per giungere ad una realizzazione, cioè ad una conoscenza di qualcosa. L'esempio è quello già esaminato della pre-concezione che, in quanto contenitore, va in cerca di un contenuto attraverso il quale ottenere la realizzazione e diventare concezione. Ad esempio io ho una pre-concezione che consiste nell'aspirazione a trovare un senso di pace. Capita che la mia vista riconosca durante una passeggiata un luogo che produce in me proprio questa sensazione di pace: il risultato di questa *congiunzione* tra la preconcezione e l'apparizione del luogo è la realizzazione concreta e consapevole di un senso di pace, cioè una concezione della pace. Cosi può capitare in analisi: l'analista si sta ponendo alcune domande su un aspetto della vita del paziente (preconcezione). Ad un certo punto il paziente dice qualcosa che costituisce per l'analista una risposta alla sua domanda e produce in lui una concezione relativa al paziente. A sua volta, però, una concezione potrà trasformarsi in preconcezione in attesa di un'ulteriore realizzazione: ad esempio, una volta capito quell'aspetto del paziente su cui l'analista si poneva domande, dalla sua nuova concezione su di lui potranno scaturire nuove domande. In altre parole, la comprensione di un significato potrà generare la ricerca di nuovi significati. Il processo di pensiero funziona appunto attraverso queste *congiunzioni* che sono i momenti in cui un contenitore trova il contenuto ovvero la preconcezione trova la propria realizzazione e quindi passa ad un livello superiore di pensiero. Le congiunzioni possono poi divenire *congiunzioni costanti*, punti di riferimento fissi del pensiero: ad es. se tutte le volte che la preconcezione di un bambino del seno fa apparire un seno reale, questa è una congiunzione costante che si stabilisce come un punto fisso del suo pensiero.

Un'idea analoga viene espressa da Bion da un altro punto di vista e cioè esaminando l'effetto che il sopraggiungere di una nuova idea produce sul rapporto tra contenitore e contenuto. Il tema è rappresentato da Bion attraverso la metafora del *mistico* o del *genio* che è portatore di un'idea nuova (nuovo contenuto) in un gruppo (contenitore). A capo del gruppo vi è *Vestablishment*, la cui funzione è quella di realizzare un adeguato contenimento della nuova idea in modo che essa non risulti troppo esplosiva e distruttiva per il gruppo e allo stesso tempo di tradurre l'idea geniale in parole comprensibili per persone non geniali. Ma \'*establishment* può anche depotenziare e annullare la novità dell'idea integrandola nel suo sistema, cioè nel già dato e noto. Dunque qui abbiamo una metafora che chiarisce la funzione mentale del contenimento per contenuti troppo intensi che rischiano di produrre sulla mente un effetto di disgregazione (il discorso ricorda in qualche modo l'evento simbolico di Jung il quale produce disgregazione se la mente non assume un atteggiamento simbolico e ricettivo).

Secondo Bion, sempre in termini di metafora, la relazione tra il mistico e il gruppo può realizzarsi secondo tre modalità: *conviviale, simbiotica, parassitai ia.*

Nella modalità conviviale il mistico (nuova idea) e il gruppo (apparato mentale — contenitore) coesistono con mutuo beneficio.

Nella modalità simbiotica c'è un confronto che produce nel gruppo ostilità o benevolenza per il mistico. E' una relazione che può essere improntata all'amore, all'odio e alla conoscenza, che, come vedremo, sono le tre forme di legame individuate da Bion. Il confronto, comunque si realizzi, genera una crescita sia per il mistico che per il gruppo.

Infine la relazione parassitarla:

Il contenitore (?) estrae tanto dal contenuto (^) da lasciarlo senza sostanza. Una psicoanalisi viene continuata tanto a lungo che alla fine il paziente non può trarne più significato [...] Il contenitore può spremere tutto "fuori del" contenuto; oppure il contenuto può esercitare una pressione tale da disintegrare il contenitore (Bion 1970, p. 146).

In questo tipo di relazione domina l'invidia e il rapporto tra mistico e gruppo si traduce in distruzione reciproca o in impoverimento di entrambi.

Passiamo adesso all'altra operazione dell'apparato per pensare.

L’operazione che Bion indica con il segno PS<-»D, cioè l’oscillazione tra posizione schizo-paranoide e posizione depressiva, vuol significare che il pensiero procede per momenti successivi e alternati di frammentazione e di integrazione, di analisi e sintesi, tra la dissoluzione (PS) di una certezza, di un’idea compiuta che ha fatto il suo tempo, e la sintesi (—*D) di una nuova idea che nasce dalla frammentazione della precedente (anche qui è evidente il richiamo a Jung) e viceversa. Il pensiero dunque passa abitualmente da uno stato di immagini, sensazioni, idee sparse e caotiche a una coerenza, ad una forma che si accompagna ad una nuova comprensione per tornare poi nuovamente a dissolversi nello stato caotico. Ogni passaggio ad una forma di pensiero più evoluta, tra quelle precedentemente elencate, comporta questa oscillazione di dissoluzione e di sintesi.

Possiamo dire che, il più delle volte, il terapeuta tenta di portare un ordine negli elementi beta del paziente, quindi stimola il processo analitico nella direzione PS—»D (anche se, quando si tratta di affrontare alcune false credenze o idee difensive del paziente, può operare in senso contrario). A questo proposito Bion spiega che l’analista per procedere nel suo lavoro di sintesi, cioè di creazione di nessi, nel materiale frammentario offertogli dal paziente, deve partire da un *fatto selezionato* (espressione ripresa dal filosofo e matematico Poincaré) (Bion 1962, p. 129) cioè da un frammento che possa costituire un filo conduttore per tenere insieme in un senso anche gli altri frammenti. Questo fatto selezionato può essere ad esempio qualcosa che dice il paziente tra le altre, oppure un'intuizione che si affaccia nella mente dell’analista. Il fatto selezionato costituisce dunque un punto di incontro e di raccolta per più elementi dell’oggetto analitico relativo al paziente. Più fatti selezionati possono poi essere raccolti ad un livello di astrazione superiore per andare a formare un’ipotesi teorica che illumina ulteriormente il singolo oggetto analitico. In effetti in psicoanalisi le ipotesi teoriche vengono costruite sulla base delle osservazioni fatte in seduta, quindi di fatti selezionati. Livelli di astrazione più alti possono formulare nuovi aspetti teorici più generali o rientrare in quelli preesistenti, ma tutta la costruzione procede a partire dai fatti selezionati.

Infine, ciò che mette in moto il pensiero è l’esperienza emotiva e questa esperienza si realizza sempre attraverso legami tra gli esseri umani. Bion riduce i legami a tre modalità: amore (L), odio (H) e conoscenza (K) e un po' forzatamente riconduce tutte le possibili sfumature emotive che si realizzano nei rapporti a queste tre fondamentali che comprendono anche i negativi di ciascuna, cioè -L, -H, -K. Il legame K è quello che si instaura quando qualcuno cerca di conoscere un altro su un piano emotivo. E’ un processo che costa spesso fatica, sofferenza e frustrazione, quindi la conoscenza dell’altro può degenerare in una conoscenza intellettualizzata attraverso un sapere su di lui, come può accadere in una relazione terapeutica quando un analista basa la conoscenza del paziente sulle sue nozioni teoriche o quando un paziente chiede all’analista teorie sui propri sintomi. In questi due casi c’è una fuga dal rapporto di conoscenza e dal legame emotivo, quindi si tratta di -K. Quando dominano i legami di segno negativo un rapporto di conoscenza attraverso l’emozione viene interrotto e invertito in modo tale che l’esperienza e l’elaborazione dell’emozione che connota il legame è distrutta.

In analisi possono essere riconosciute le tipologie del legame in un dato momento della relazione o della seduta terapeutica: esse sono caratterizzate dall’emozione dominante che può essere appunto associabile all’amore, all’odio, alla conoscenza o alla negazione di ciascuna di queste esperienze emotive.

La psicosi

Il soggetto psicotico non ha mai appreso la funzione di contenimento ed è quindi costretto ad evacuare continuamente tutte le emozioni insieme a quelle che gli risultano troppo dolorose; lo svuotamento emotivo si accompagna alla distruzione dell'apparato per pensare (pensare comporterebbe farsi carico delle emozioni intollerabili), alla rottura dei legami e alla distorsione della comunicazione. Occorre tenere presente che quello che Bion dice della psicosi si riferisce non soltanto alla schizofrenia ma anche alla parte psicotica della personalità (quella parte in cui predominano gli elementi beta, le emozioni e le sensazioni allo stato grezzo) in generale e in particolare di quella nevrotica e borderline.

Nella psicosi gli elementi beta sopraffanno il soggetto che non riesce a contenerli e modificarli. L'attacco alla funzione del pensiero serve appunto ad evitare che questi elementi diventino pensabili producendo una *sofferenza* ancora maggiore.

Come fa una persona a sapere di un arrossire così invisibile, di un rumore cosi inudibile, di un dolore così impalpabile che la sua intensità, la sua pura intensità, è cosi intensa da non poter essere tollerata, ma da dover venire distrutta anche se questo comporta l'assassinio dell'individuo "anatomico"? (Bion 1980, pp. 52-53).

Anche le sensazioni e le emozioni più delicate divengono insostenibili e non possono trasformarsi in esperienze.

Vi è una distruttività che si rivolge contro ogni aspetto della funzione alfa, contro i meccanismi $ PS«->D. l'apparato percettivo, l'attenzione, il giudizio e la memoria. Il soggetto psicotico ha paura inoltre della formazione del pensiero perché questo comporterebbe la consapevolezza di un aspetto terrificante di se stesso, cioè un Super-io primitivo che attacca sadicamente il Sé. C'è comunque un odio generale per la consapevolezza della realtà esterna e interna.

La mancanza di capacità del soggetto psicotico di contenere la modificazione degli elementi beta è dovuta principalmente, oltre a un difetto costituzionale nella capacità di tollerare la frustrazione, ad un fallimento della réverie materna, quindi alla mancata acquisizione della funzione alfa.

Se la relazione seno-bambino permette al neonato di proiettare una sensazione, per es. quella di stare per morire, dentro la madre, e di reintroiettarla dopo che il suo soggiorno nel seno l'ha resa assimilabile per la sua psiche, allora si avrà uno sviluppo normale. Se invece la madre non raccoglie dentro di sé la proiezione, l'impressione che il neonato avverte è che la sua sensazione di stare per morire è stata spogliata di senso: ciò che reitroietterà non sarà più una paura di morire resa tollerabile, ma un terrore senza nome (Bion 1967, p. 178).

Le emozioni che il soggetto psicotico deve scaricare hanno appunto questa coloritura terrificante. Egli vive una sorta di morte della personalità di cui tenta disperatamente di non fare esperienza espellendo tutte le emozioni che ad essa possono riportarlo. C'è una terribile paura del cambiamento, delle novità, dello sconosciuto, che rende simile alla morte la condizione di vita dello psicotico.

Mancando della funzione alfa, il soggetto psicotico è dunque continuamente in preda agli elementi beta. Questi sembrano agglomerarsi e formare, al posto della barriera di contatto e della funzione alfa, quello che Bion chiama lo *schermo beta*, che impedisce il passaggio degli elementi beta verso il pensiero e li mantiene in una condizione magmatica al di sotto di ogni pensabilità, pronti per essere espulsi. L'eliminazione della barriera di contatto, inoltre, fa sì che non vi sia più distinzione fra percezione della realtà e fantasia inconscia, tra esterno e interno e questa condizione è propria dell'allucinazione.

Non solo la funzione alfa non viene utilizzata ma viene addirittura invertita. *L'inversione della funzione alfa* provoca la formazione di oggetti deliranti che Bion chiama *oggetti bizzarri* e che hanno la caratteristica di essere formati da elementi beta insieme a parti scisse e proiettate della personalità del soggetto.

In questa fase lo psicotico scinde nello stesso tempo i suoi oggetti e la parte della sua personalità deputata alla percezione di quella realtà che tanto odia, in maniera cosi minuta che la quantità dei frammenti contribuisce a creare in lui la sensazione di non poter mai riuscire a riparare i suoi oggetti o il suo Io. Questi attacchi dissociativi fanno si che, sin dal momento in cui nascono, vengono ad essere confusi proprio i lati della persona destinati alla conoscenza intuitiva di se stessi e degli altri. Vale a dire che la coscienza collegata con gli organi di senso, attenzione, memoria, giudizio, pensiero, insomma tutte le funzioni da Freud indicate come risultato, in epoca posteriore, della risposta evolutiva al principio di realtà, vengono a trovarsi staccate e messe alla rinfusa: ciò in quanto, sin dall'inizio della vita, esse subiscono attacchi sadici dissociativi che le riducono a pezzi: questi frammenti vengono poi evacuati dalla personalità e si incistano dentro gli oggetti reali oppure li inglobano. Nella fantasia del paziente, le particelle espulse dall'Io proseguono la loro esistenza, autonoma e incontrollata, negli oggetti esterni - sia quando essi fungano da contenitori sia, caso inverso, che siano contenuti nelle particelle - continuando a esercitare le loro originarie funzioni come se lo scontro subito non avesse intaccato la funzione ma ne avesse solo moltiplicato la quantità e provocato l'ostilità contro la mente progenitrice che le espulse. Il risultato pratico di tutte queste vicende è che il soggetto si sente circondato da una massa di oggetti bizzaiTi: ora cercherò di dire come sono fatti questi oggetti.

Il paziente avverte che ogni particella consiste di due parti: un nucleo, costituito dall'oggetto reale, e un alone attorno ad esso, rappresentato dal frammento della propria personalità. La sostanza totale della particella dipenderà perciò sia dalla qualità dell'oggetto, facciamo conto un grammofono, sia dalla natura del frammento inglobante, poniamo, la funzione visiva. Allora l'oggetto bizzarro che il paziente avrà nella sua percezione sarà un grammofono che lo sta spiando; supponendo invece che il frammento riguardi l'udito, egli avvertirà in tal caso un grammofono che lo sta ad ascoltare. Inoltre l'oggetto, siccome è stato inglobato e recluso, viene sentito carico di odio e come se volesse, per cosi dire, rigonfiarsi, per premere ed esercitare un continuo controllo sul frammento che lo trattiene intorno, e questo perché il frammento ha assunto i caratteri dell'oggetto concreto. Infine, dato che le particelle sono il materiale di costruzione dell'idea, dalla quale a sua volta nasce il linguaggio, il fatto che l'oggetto - recluso e controllore nello stesso tempo - sia sepolto da una coltre di personalità induce lo psicotico a ritenere che le parole siano le cose stesse; ciò contribuisce al crearsi in lui di quella confusione , di cui ha parlato H. Segai, dovuta al fatto di esser soltanto capace di equazioni simboliche e non di vere simbolizzazioni (Ivi, pp. 80-81)

Gli oggetti bizzarri vengono percepiti come ostili e persecutori in misura uguale alla forza e all'odio con cui gli elementi beta sono stati espulsi fuori dal soggetto. Gli oggetti bizzarri prendono a popolare l'ambiente dello psicotico che assume un carattere minaccioso. Se è la funzione visiva ad essere stata espulsa con gli elementi beta, l'oggetto bizzarro sembra scrutare il soggetto con grande ostilità. L'oggetto può anche essere un essere umano e allora il soggetto psicotico che ha espulso la funzione visiva può sentirsi scrutato malignamente da qualcuno, un familiare, un vicino o chiunque attraversi la sua strada. La qualità minacciosa è sempre dovuta all'odio con cui la funzione e l'oggetto sono stati espulsi. E' questo il meccanismo di quella che Bion chiama *allucinosi,* cioè delle allucinazioni che compaiono in una percezione deformata dalla psicosi. Gli oggetti bizzarri portando con sé frammenti delle capacità percettive e di giudizio del soggetto, danno alle percezioni deliranti un carattere convincente di realtà. Questo carattere lo hanno anche i deliri di autoriferimento, in cui il soggetto ha la sensazione che tutti gli avvenimenti del mondo esterno riguardino sempre lui.

Anche l'attività che, secondo il principio di piacere, serve a liberare il soggetto dall'accumulo di stimoli, nello psicotico si trasforma nell'espulsione degli elementi beta, per cui, ad esempio, un sorriso o una frase non hanno un valore comunicativo ma sono movimenti di escrezione di elementi insostenibili. L'universo dello psicotico è quindi privo di espressione e privo di vita.

Il crollo dell'apparato per pensare determina nel paziente il sopravvento di una vita mentale caratterizzata da un universo popolato di oggetti inanimati (Bion 1962, p. 38).

Mancandogli la funzione alfa, il soggetto psicotico non può verbalizzare le sue emozioni e dare un nome e un significato ai suoi stati interni. Usa il linguaggio come l'azione, ad esempio attraverso l'identificazione proiettiva intromette parole all'interno dell'analista come se fossero cose e per far nascere in lui pensieri contraddittori in modo da impedire anche la sua attività mentale e l'interpretazione che rischierebbe di portare il soggetto psicotico a qualche forma di consapevolezza che per lui è terrificante.

Le parole assumono spesso il valore di cose in sé per cui è abolita la capacità di simbolizzazione e vi è un'identificazione tra le cose che accadono nella realtà e quelle che vengono dette. Infine è tipico della psicosi *Vattacco al legame,* a qualunque tipo di legame, tra la madre e il bambino, tra il paziente e l'analista, tra la pre-concezione e la realizzazione, tra le parti del Sé, alla stessa identificazione proiettiva. Attacca ad esempio il legame tra paziente e analista stimolando in quest'ultimo il desiderio in modo da saturare le sue preconcezioni e impedire a queste di andare in cerca delle opportune realizzazioni.

La terapia

Possiamo dire che la funzione di rèverie è il criterio fondamentale per l'atteggiamento analitico bioniano. Nella terapia delle psicosi il terapeuta si trova a svolgere questa funzione nei confronti degli elementi beta che sono evacuati in lui dal paziente e che, coinvolgendolo emotivamente, tendono a bloccare la sua capacità di pensare e comprendere sollecitandolo a reagire. Citiamo, a questo proposito, un caso riportato da Joan e Neville Symington in */I pensiero clinico ili Bion.*

Una donna in analisi ebbe per la prima volta l'esperienza di essere in grado di produrre pensieri durante l'assenza dell'analista. A quel punto senti il rimpianto di non aver avuto prima questa capacità. Questa esperienza fu solo un'"occhiatina" e fu dolorosa. Subito dopo si affrettò a sbarazzarsi del dolore. Dove? Nell'analista. Disse che l'analisi non aveva valore, che non le aveva dato un bel niente e che l'analista cercava sempre di fingere che le cose fossero state risolte. L'analista si senti urtato ed ebbe la tentazione di ribattere. L'impulso a ribattere era stimolato dalle emozioni dolorose, ma non pensate - gli elementi beta - che erano state proiettate nell'analista (Symington 1996, p. 69).

Lo schermo beta suscita nell'analista emozioni e tendenza ad agire, è come se il suo effetto sul terapeuta dovesse essere quello di bloccare la sua capacità di pensiero.

Bion riprende e articola in modo originale il tema dell'identificazione proiettiva, dandole un senso ampio e cruciale proprio come strumento terapeutico. Per un utile approfondimento di questo concetto, riporto per intero un lungo passo di *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico,* citato anche da Hinshelwood nel suo *Dizionario di psicoanalisi kleiniana* (1989, pp. 262-263).

Durante certe analisi [...] ci si trova dinanzi a degli aspetti che risultano inanalizzabili perché non si riesce mai a portare prove convincenti all'interpretazione che si vuol fornire. Sono queste le analisi in cui il paziente ricorre all'identificazione proiettiva con una tale sistematicità da fare concludere sia che egli non è mai riuscito ad affrancarsi da quel meccanismo sia che l'analisi gli ha dato l'opportunità di tornare a farvi ricorso in misura indiscriminata. Con tali pazienti non è questa la sola impressione che ho ricevuto: mi sono anche accorto che in certe sedute essi avvertivano la presenza di qualche oggetto che impediva loro di usare l'identificazione proiettiva. Specialmente nel primo e nel quarto degli esempi dati, [...] alcuni fatti indicavano che il paziente sentiva che le parti di sé che egli voleva mettermi dentro venivano da me rifiutate; c'erano poi precedenti associazioni che me l'avevano fatto pensare. Quando il paziente cercava di liberarsi dalle angosce di annientamento, sentite troppo violente perché lui le potesse tenere dentro di sé, egli le distaccava da sé e le poneva dentro di me, collegandovi ovviamente l'idea che, se esse restavano abbastanza a lungo dentro la mia persona, sarebbero state modificate di quel tanto da poter essere poi reintroiettate senza pericolo. In alcuni casi avevo l'impressione che il paziente sentisse [...] che io avevo eliminato quelle angosce troppo presto sicché esse erano diventate non già più tollerabili bensì più dolorose ancora rispetto a quando il paziente me le aveva affidate. [...] Lo sforzo che egli faceva per tornare a metterle dentro di me diventava sempre più drastico e disperato.

Se si fosse potuto isolare dal resto del campo analitico tale procedimento, l'aggressività primaria si sarebbe potuta evidenziare con tutta chiarezza: più erano violente le sue fantasie di identificazione proiettiva, più io diventavo terrificante. Certe volte questo suo contegno stava a manifestare un'aggressività spontanea, altre volte [...] esso esprimeva la reazione a quanto veniva percepito come risposta ostile e difensiva da parte mia: l'insieme della situazione evocava in me quella scena molto primitiva che io mettevo in relazione a un bambino che percepisce una madre che, alle esigenze emotive del figlio, reagisce richiamandosi unicamente al suo dovere di madre. Col suo andare in soccorso soltanto per dovere, una madre del genere denuncia la presenza, dentro di sé, di un disturbante "sono del tutto ignara di come si tratta un bambino''. Proseguendo la mia linea di pensiero, ne deducevo che, se si vuole capire quello di cui ha bisogno il bambino, la madre non può limitarsi a considerare il suo pianto semplicemente come richiesta della presenza di lei: secondo il punto di vista del bambino la madre dovrebbe prenderlo in grembo e accogliere la paura che egli ha dentro di sé, la paura di morire, perché è questa che il bambino non è in grado di tenersi dentro. Questo paziente cercava di staccarla via da sé, insieme alla parte di sé che la percepiva, e metteva tutto in grembo alla madre. Una madre comprensiva è in grado di sperimentare quest'angoscia che il figlio tenta di introdurre in lei attraverso l'identificazione proiettiva e di mantenere, ciò nonostante, un sufficiente equilibrio. Il mio paziente invece si era trovato di fronte a una madre che non sapeva tollerare una simile paura e che reagiva a essa bloccandone l'ingresso dentro di sé oppure, quando non lo faceva, lasciandosene travolgere per averla introiettata; mi ero fatto l'idea che questa seconda evenienza si fosse verificata molto più raramente della prima.

[...] In analisi le situazioni suscettibili di essere chiarite sono di una complessità estrema: il paziente si accorge che ha davanti a sé un'occasione unica che non aveva mai avuto in precedenza. L'asperità delle carenze a cui venne esposto diventa perciò più acuta, e cosi pure più violento si fa il suo risentimento per le privazioni subite in passato. In altre parole, vengono a coesistere sia la gratitudine per l'opportunità concessagli sia l'ostilità per l'analista in quanto persona che non vorrà capire e che rifiuterà al paziente l'uso del solo modo di comunicazione mediante il quale egli sente di poter essere compreso. Cosicché il legame tra paziente e analista, o tra il bambino e il seno, viene a consistere nel meccanismo delfidentificazione proiettiva. Gli attacchi distruttivi contro questo legame provengono da una fonte esterna al paziente (o al neonato) vale a dire dall'analista (o dal seno). Ciò provoca nel paziente un incremento delfidentificazione proiettiva, che diviene eccessiva, ed il deteriorarsi dei suoi processi maturativi (Bion 1967, pp. 157-160).

Hinshelwood precisa che i criteri suggeriti da Bion per distinguere l'identificazione proiettiva patologica da quella normale sono i seguenti:

il grado di odio e di violenza della scissione e dell’intrusione;

il carattere di controllo onnipotente e quindi di fusione con l'oggetto;

la quantità di Io che viene perduta;

l’intento specifico di distruggere la consapevolezza, specialmente della realtà interna. All’opposto, l’identificazione proiettiva “normale" cercherebbe soprattutto la comunicazione e l’empatia, e svolgerebbe un ruolo significativo nella partecipazione alla realtà sociale (Hinshelwood 1989, p. 264).

Come abbiamo visto, lo schizofrenico impiega il linguaggio in maniera distorta e può farne uso ad esempio per dissociare l’oggetto cioè per annientare la funzione alfa del terapeuta, quindi anche la sua consapevolezza della realtà interna, e per effettuare un’identificazione proiettiva volta a far vivere al terapeuta la stessa scissione vissuta dal paziente.

Anche la dissociazione è subordinata al l'identificazione proiettiva: il paziente si serve delle parole come se fossero cose - o parti staccate di se stesso - per ficcarle dentro l'analista. Per portare un esempio, ricorderò il caso, molto dimostrativo, di un mio paziente che, quando cominciava la seduta ed entrava in stanza, sentiva che stava entrando dentro di me e quando terminava l’ora avvertiva di dover essere estratto.

Pure come modo di agire è usato il linguaggio quando lo schizofrenico scinde il suo oggetto - come è soprattutto evidente quando l'analista è stato identificato con i persecutori interni. Non è però questo il solo caso: posso portare i due seguenti esempi: la seduta ha inizio, il paziente entra, mi stringe calorosamente la mano, mi guarda dritto negli occhi e dice, scrutandomi: «Le sedute non durano molto ma mi impediscono sempre di uscire». Dal materiale precedente so che egli sta recriminando, contemporaneamente, sia perché le sedute sono troppo poche, sia perché quelle che fa non gli lasciano tempo libero a sufficienza. Ricorrendo al linguaggio, con le sue parole egli intende dunque scindermi, dirigendomi, con l’intepretazione, in due direzioni opposte; la sua associazione successiva lo conferma: «Come fa l’ascensore a sapere quello che deve fare quando spingo due bottoni insieme?».

Nel secondo esempio gli elementi degni di discussione sono più di uno; non posso però prenderli in esame a causa dei loro rapporti col problema dell’insonnia; qui riferirò soltanto della particolare tecnica che il paziente adoperava per scindermi; tecnica che consisteva nel presentare due comportamenti contraddittori fra loro: studiatamente parlava in un appisolante bisbiglio in modo che mi addormentassi e, nello stesso tempo, mi stimolava nella mia curiosità. Anche qui l’intenzione era di dividere l'analista in due; non gli era concesso né di dormire né di stare sveglio.

Prenderò adesso in considerazione la difficoltà che incontra lo schizofrenico quando ricorre al linguaggio come metodo di pensiero. Le frasi riportate appresso sono una sequenza di associazioni, separate tra loro da pause di 4-5 minuti Luna;

«Ho un problema e sto cercando di risolverlo».

«Da bambino non facevo fantasie».

«E* che mi rendevo conto che non erano cose vere, perciò smisi di fame».

«Adesso sogni non ne faccio».

Ancora una pausa e poi con voce indistinta: «Non so come proseguire». Intervenni: «Un anno fa lei mi diceva di non essere buono a pensare: un momento fa stava parlando di un problema da risolvere: evidentemente, qualcosa che le dava da pensare». Paziente: «Si». Analista: «Poi ha detto che da bambino non faceva fantasie e che ora non faceva sogni ed infine si è fermato perché non sapeva proseguire. Vuol dire che senza fantasia e senza sogni lei non ha strumenti per pensare e per risolvere i suoi problemi». Il paziente assenti e cominciò a parlare più animatamente e con maggior coerenza (Bion 1967, pp. 48-49).

Si vede nell'ultimo caso come il tentativo dell'analista sia quello di sollecitare una ricostruzione dell'apparato per pensare. Questo è secondo Bion l'obiettivo dell'analisi degli schizofrenici, obiettivo che non può essere raggiunto soltanto utilizzando interpretazioni ricavate da modelli perché gli schizofrenici intendono i modelli e le metafore come cose concrete. Oltre a ciò, in una comunicazione verbale del terapeuta il soggetto psicotico può percepire ad esempio più il tono di voce che il contenuto concettuale. Si tratta quindi di una terapia molto complessa in cui lo stato mentale del terapeuta deve essere pronto a svuotarsi dai concetti teorici per aprirsi a nuove pre-concezioni stimolate dal materiale prodotto dal paziente. L'analista deve tenere la sua mente e le sue pre-concezioni più *insature* possibile, deve entrare in uno stato di réverie, di attenzione fluttuante o, come spesso ripete Bion, deve essere «senza memoria o desiderio» come se le conoscenze che può acquisire sul paziente non derivassero né da presupposti né da aspettative di nessun genere ma nascessero estemporaneamente attraverso la relazione di quel momento con il paziente. Solo la presenza di questa condizione di ascolto, apre la capacità intuitiva del terapeuta mediante la quale egli può cogliere il fatto selezionato e da quello iniziare a tessere, insieme al paziente, dei legami tra i suoi vissuti frammentari.

Ogni tipo di conoscenza comporta, secondo Bion, una *trasformazione* del fatto conosciuto che, in quanto cosa in sé, non è conoscibile. La conoscenza dunque trasforma le cose in sé alle quali si applica in base ai propri presupposti. Dato che, come abbiamo visto, Bion sigla il processo conoscitivo con la lettera K (che sta per *knowledge*, conoscenza), possiamo dire che quando il terapeuta fornisce delle spiegazioni o delle interpretazioni di fatti interni del paziente abbiamo delle *trasformazioni in K.* Con —K Bion indica invece tutte quelle strategie che il paziente usa per non arrivare ad un pensiero sui suoi vissuti interni, per opporsi quindi a K. Ma questo non è l'unico tipo di trasformazione relativa alla conoscenza. La conoscenza che si avvicina alla verità della cosa in sé è chiamata da Bion *trasformazione in O. O è* dunque la verità ultima, ma in quanto tale non può essere conosciuta, cioè oggettivata, come avviene nella trasfonnazione in K.

L'impadronirsi di qualità fa parte di K. Nella misura in cui potenzialità e distinzioni si sviluppano da O, si ha un divenire e una trasfonnazione in O. Le trasformazioni in K possono essere descritte come simili a un «essere a conoscenza di qualcosa», mentre le trasfonnazioni in O sono riferite al divenire o all'essere O, o all'essere «divenuto» da parte di O (Bion 1965, p. 225).

Gli eventi psicoanalitici non possono essere enunciati in modo diretto, indubitabile o immodificabile [...] Userò il segno O per indicare la realtà ultima rappresentata da termini come realtà ultima, verità assoluta, divinità, infinito, cosa in sé. O non ricade nel dominio della conoscenza o deH'apprendimento se non in modo casuale; esso può essere "divenuto", ma non può essere "conosciuto". E' oscuro e privo di forma, ma entra nel campo di K quando si è sviluppato tino a un punto in cui può essere conosciuto per mezzo della conoscenza consentita dall'esperienza e formulato in termini tratti dall'esperienza sensibile; la sua esistenza viene congetturata fenomenologicamente (Bion 1970, p. 39).

Quindi la O del paziente, la sua realtà più profonda, la sua verità, non può essere avvicinata dall'analista se non divenendola. Cerchiamo di spiegarci con un esempio: una persona in analisi, investe il suo terapeuta con una chiacchiera senza capo né coda, raccontando prima gli ultimi eventi della relazione col marito, poi quelli della relazione col figlio, infine passando a criticare il terapeuta che appare distratto e assonnato. In effetti l'analista, pur resistendo alla noia e al sonno, non ascolta pazientemente come altre volte ha fatto cercando con la paziente di riprendere i vari fili delle sue vicende confuse; è in quel momento preso da una sensazione che gli arriva dalla paziente, una sensazione forte di paura, una paura profonda, come di un bambino che improvvisamente teme di morire. Con questo insight dunque l'analista ha colto, inspiegabilmente e intuitivamente, una realtà profonda della paziente che tuttavia non traspare dalle sue parole di ora né da quello che fino ad allora ha raccontato in analisi. Il terapeuta ha semplicemente avvertito la paura, è "divenuto" la paura della paziente ovvero è stato «divenuto» da quella paura. Dunque la sua attitudine di ascolto ha subito un *cambiamento catastrofico',* da una modalità distratta e compiacente con lei, cercando di aiutarla a sbrogliare la matassa della sua vita, a qualcosa di completamente diverso e più essenziale come se per un attimo il terapeuta fosse divenuto le angosce più profonde di lei. Con questa intuizione egli si trova proiettato in una zona che sta dietro sia la propria conoscenza della paziente, quello che fino a quel momento ha capito di lei (K->O), sia dietro la conoscenza che la paziente ha di se stessa. Se il terapeuta iniziasse a parlare con lei della paura della morte compirebbe una trasformazione O—»K della sua intuizione, cioè raccoglierebbe con la sua conoscenza qualche frammento deH'esperienza che ha fatto divenendo O e lo comunicherebbe con il linguaggio che non riesce mai ad esprimere l'intensità di O. Ma questo parlare potrebbe produrre nella paziente un improvviso insight nella sua stessa O, dunque potrebbe produrre in lei un cambiamento catastrofico, una nuova pre-concezione di se stessa da saturare con nuovi significati.

Divenire la O del paziente psicotico significa spesso per il terapeuta partecipare a momenti terribili di frammentazione e angoscia.

D'altra parte è sempre attraverso una destrutturazione, un cambiamento catastrofico, che il soggetto può intraprendere un processo di reale cambiamento del suo essere, un cambiamento di quello che sta dietro la sua conoscenza di sé, il suo modo di percepirsi e di percepire la vita. L'analisi è appunto un processo in cui non cambiano le conoscenze ma i fondamenti della personalità dell'individuo che determinano il suo modo di conoscere.

John Bowlby (1907-1990) e la teorìa dell'attaccamento

Elementi della teoria

Bowlby ha avuto una formazione psicoanalitica con la Klein e con la sua allieva Joan Riviere ma la teoria dell'attaccamento segue un proprio peculiare e autonomo sviluppo, distaccandosi sia dal modello freudiano che da quello kleiniano e accogliendo contributi dal cognitivismo, dalla neurobiologia, dalla biologia e dalla etologia. Nasce dalle riflessioni di Bowlby sul legame materno e sulle conseguenze della «privazione di cure materne», soprattutto negli orfani e nei bambini costretti a trascorrere lunghi periodi senza la madre in istituzioni ed ospedali. L'opera principale di Bowlby è *Attaccamento e perdita.*

A proposito del legame materno, Bowlby modificò la concezione corrente secondo la quale quel legame è basato innanzitutto sulla fame e sulla nutrizione. La fame era considerata una pulsione primaria che regola la relazione di «dipendenza» fra madre e bambino. In questo senso, la dipendenza è stata considerata come un legame che deve essere progressivamente sciolto perché non acquisti un carattere esclusivamente regressivo. “Dipendenza” ha assunto quindi un significato peggiorativo. Ciò, secondo Bowlby, ha impedito alla psicoanalisi di osservare e teorizzare il significato biologico e psicologico del bisogno di protezione del bambino e del legame di attaccamento che si crea fra il bambino e chi si prende cura di lui, e il modo in cui quel legame determina il successivo sviluppo dell’individuo. Egli ha quindi criticato la scarsa attenzione della psicoanalisi classica per le interazioni precoci madre-bambino, il fatto che essa abbia inferito e categorizzato gli stadi dello sviluppo infantile in base alle osservazioni delle manifestazioni patologiche nell'adulto, ha sottolineato l'importanza dell’osservazione diretta dei bambini. Proprio grazie all’osservazione dei comportamenti dei bambini separati dai loro genitori, integrate con alcune osservazioni tratte da ricerche etologiche, ha postulato l'esistenza di una tendenza innata e autonoma nell'uomo, come negli animali, a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta ogni volta che si vivano situazioni di pericolo, stress, dolore. Egli ha chiamato questa tendenza *attaccamento.*

Bowlby distingue tra l’attaccamento, che è una disposizione innata che persiste cambiando solo molto lentamente nel tempo, e il *comportamento di attaccamento* che la persona mette in atto di tanto in tanto per ottenere, mantenere, recuperare la prossimità con la figura da cui riceve protezione. Il comportamento di attaccamento viene definito da Bowlby come quel comportamento volto a ricercare o mantenere una prossimità nei confronti di una persona particolare che viene ritenuta capace di affrontare il mondo e di fornire protezione. Il comportamento si accentua in situazioni di stress e di pericolo, si attenua quando si ricevono conforto e cure.

Il comportamento di attaccamento è caratteristico della prima infanzia ma può essere osservato nell'ambito dell'intero ciclo di vita, specialmente nei momenti di emergenza ed è presente in diverse specie animali; la sua funzione biologica è assimilabile a quella, più generalmente diffusa in natura, della protezione dai predatori. Bowlby si rifece infatti a Lorenz, il quale aveva dimostrato come in alcune specie animali poteva svilupparsi un forte legame nei confronti di una specifica figura materna senza l'intermediazione del cibo (perché questi piccoli uccelli si nutrono da soli fin dalla nascita) e ad Harlow che nelle sue ricerche sui macachi Rhesus aveva dimostrato come il piccolo sviluppasse attaccamento nei confronti di un manichino preferendo tuttavia un manichino che non dava cibo ma che era costruito con un materiale soffice rispetto a un manichino di materiale duro provvisto di un biberon con il latte. Il primo manichino, quello che non dava cibo, era preferito dalla scimmietta per la sua comodità, accoglienza, morbidezza che ricordavano meglio il calore del contatto con la mamma. Ciò dimostrava, secondo Bow lby, che la soddisfazione del bisogno di attaccamento era vissuta come prioritaria rispetto a quella del bisogno di cibo.

Il comportamento di attaccamento, quello che il bambino mette in atto per cercare la vicinanza delle figure di attaccamento, è organizzato all’interno del sistema nervoso centrale da un *sistema di controllo,* che entra in funzione quando lo stimolo (l’allontanamento della figura di attaccamento) supera una certa soglia. Il sistema di controllo, quando si attiva, regola simultaneamente le diverse attività del soggetto che formano il comportamento di attaccamento, finalizzato aH'eliminazione dello stimolo.

Inoltre, secondo Bowlby, il comportamento di attaccamento corrisponde ad un *sistema comportamentale,* cioè ad un’organizzazione psicologica interna che comprende sia schemi di rappresentazione del sé e della/delle figura/e di attaccamento, sia schemi comportamentali che hanno radici biologiche, differenziati da quelli che regolano il comportamento sessuale, quello di esplorazione e quello alimentare.

Tenere distinti questi schemi di comportamento contraddice ovviamente la teoria delle pulsioni che li ha considerati come diverse espressioni di uno stesso impulso sessuale.

Il comportamento di attaccamento da parte del bambino viene attivato, come si è detto, soprattutto dal dolore, dalla fatica e da qualunque cosa lo impaurisca e anche dal fatto che la madre sia o appaia inaccessibile, quindi si attiva come reazione all'ansia di separazione. Le condizioni che fanno cessare il comportamento di attaccamento variano a seconda dell'intensità della sua attivazione: per una bassa intensità tali condizioni possono essere semplicemente il poter vedere la mamma o sentire la sua voce; per un'intensità maggiore, affinché il comportamento cessi può essere necessario che il bambino tocchi la madre o si aggrappi a lei. Per un'intensità massima, quando il bambino è tormentato ed angosciato, solo un prolungato vezzeggiamento farà cessare il comportamento. Lo possiamo ritrovare anche in adolescenti ed in adulti di ambo i sessi ogni volta che si trovino sotto stress o siano angosciati, per esempio una donna incinta o una madre bisognosa di cure.

Bowlby osservò che se l'assenza della madre era definitiva o si prolungava abitualmente oltre il limite di tollerabilità, il comportamento di attaccamento rischiava di essere disattivato. In questi casi il bambino, dopo un certo periodo di separazione dalla madre, quando questa si ripresenta I) la tratta come estranea; 2) dopo un po' si aggrappa a lei molto angosciato di poterla perdere e arrabbiato.

L'assenza troppo prolungata ha disattivato il sistema di controllo del comportamento di attaccamento. Vengono allora esclusi quei segnali e quelle informazioni, provenienti daH'interno o dall'esterno dal soggetto, che attiverebbero comportamenti di attaccamento volti a richiedere la presenza della madre e la sua consolazione. Si tratta di una *esclusione difensiva* che si verifica quando il bambino ormai dispera della presenza della madre.

Questa esclusione difensiva, o *comportamento di evitamento,* diventa operante anche con madri che rifiutano sistematicamente il contatto fisico con il bambino o sono indifferenti, insensibili. Il bambino e più tardi l'adulto diventano timorosi di potersi attaccare a qualcuno per paura di subire un ulteriore rifiuto, con tutto il tormento, l'angoscia, la rabbia che il rifiuto reiterato comporta. Come risultato si crea un blocco che impedisce di esprimere o perfino di provare il naturale desiderio di relazione intima, fiduciosa, di cure, conforto e amore — cioè un attaccamento positivo. Un soggetto divenuto evitante avrà paura di entrare in relazione fiduciosa anche con l'analista, proverà il terrore di essere rifiutato e rabbia quando si sente rifiutato.

Importante è l'intensità e la qualità dell'emozione che accompagna il comportamento di attaccamento e che dipende dalla relazione fra le persone coinvolte. Se la relazione è buona, c'è gioia ed un senso di sicurezza anche nella manifestazione del bisogno di attaccamento e nella ricerca di attenzione da parte della figura significativa. Ciò dipende dal comportamento dei genitori che corrisponde ad uno *schema di comportamento genitoriale,* in parte innato ed in parte appreso sia durante l'interazione con i bambini sia attraverso l'osservazione degli altri genitori, sia nella relazione con i propri genitori. L'interazione madre-bambino inizia precocemente: un'interazione buona è quella in cui la madre sensibile regola il proprio comportamento cosi da accordarlo con quello del bambino. Quando ha a che fare con il neonato, la voce della mamma è gentile e di tono più alto del nonnaie, i suoi movimenti sono rallentati e ogni azione viene accordata a quello che il bambino sta facendo. Cosi la madre permette che sia il bambino a dirigere l'interazione e, grazie ad un abile intreccio delle proprie risposte con quelle del figlio, crea un dialogo. Come risposta a questo atteggiamento sensibile e positivo, i ritmi del bambino tenderanno ad adattarsi a quelli materni.

Gli atteggiamenti positivi della madre dipendono:

) dall'operare in ambiente rilassato;

dall'essere aiutata e sostenuta praticamente ed emotivamente;

dall'essere stata a sua volta, da bambina, oggetto di buone cure.

Il modello comportamentale del *prendersi cura di* inizia molto presto e viene influenzato in modo determinante dai genitori. Le donne con infanzia disturbata tendono ad instaurare un minor numero di interazioni con i propri bambini. Quelle che sono state maltrattate, tendono a diventare a loro volta maltrattanti.

Madri che hanno ricevuto poche cure ed hanno piuttosto dovuto prendersi cura loro dei propri genitori tenderanno ad aspettarsi cure ed attenzione dai propri figli invertendo la relazione e creando relazioni simbiotiche dominate dalla loro angoscia di attaccamento. 1 figli di queste madri tendono ad essere angosciati e pieni di sensi di colpa.

Un atteggiamento positivo dei genitori fornisce ai figli quella che Bowlby chiama *base sicura* (Bowlby 1988). Al tempo stesso li incoraggia all'esplorazione e all'autonomia. Fornire una base sicura di attaccamento significa infatti creare le condizioni ottimali per cui, confidando su di essa, un bambino o un adolescente possano distaccarsi per affacciarsi al mondo esterno sapendo comunque di poter sempre ritornare a quel luogo protetto dove saranno raccolti e nutriti sul piano fisico ed emotivo, confortati se sono tristi, rassicurati se sono spaventati.

In sostanza il ruolo delle figure di attaccamento che forniscono una base sicura consiste nell'essere disponibili, pronte a rispondere quando chiamate in causa, per incoraggiare e dare assistenza, ma intervenendo attivamente solo quando è chiaramente necessario. Per gran tempo il ruolo della base sicura rimane quello di stare in attesa. 1 ragazzi con genitori che adottano questo atteggiamento sono più stabili sul piano emotivo ed utilizzano la maggior parte delle possibilità che vengono loro fomite in funzione dell'esplorazione e dell'autonomia.

Alle minacce o al rischio di abbandono il bambino reagisce non solo con l'angoscia (di separazione) ma anche con la collera. Il lutto è la risposta alla perdita dopo che è avvenuta: esso si manifesta sotto forma di collera, rifiuto della perdita, speranza di ritrovare la persona perduta. Spesso tutto questo si verifica perché il soggetto non è stato aiutato ad elaborare la perdita.

Nel corso dello sviluppo, grazie al processo di accomodamento (Piaget) ed alle capacità che maturano con la crescita cognitiva (superamento graduale dell'egocentrismo percettivo e cognitivo, sviluppo del linguaggio, ecc.), l'esperienza trasforma gli schemi senso-motori innati dell'attaccamento in schemi cognitivi propriamente detti, cioè si passa da semplici schemi comportamentali basati sull'attaccamento ad esperienze cognitive più evolute basate anch'esse su schemi acquisiti attraverso i vissuti delle relazioni di attaccamento. In altre parole, questi schemi, detti *modelli operativi interni*, sono modelli rappresentativi delle figure di attaccamento, di sé, e delle relazioni tra sé e le figure di attaccamento, che sono stati costanti in base alle esperienze delle interazioni precoci con quelle figure. Queste prime rappresentazioni di sé e degli altri significativi e delle reciproche interazioni assumono un valore regolatilo e predittivo per le future interazioni e modalità di percepire sé e gli altri in generale.

Dato che il sistema di attaccamento è operante fin dalla nascita, assume un'importanza maggiore degli altri sistemi comportamentali nel determinare quelle emozioni che accompagnano la conoscenza di sé e degli altri.

Durante l'adolescenza gli attaccamenti possono essere mantenuti senza una prossimità fisica effettiva, per periodi sempre più lunghi e con comunicazioni a distanza. Gli adolescenti diventano attivi nella ricerca di nuovi attaccamenti al di fuori della famiglia e accettano responsabilità connesse con l'essere figura di attaccamento per nuovi partners.

Integrazioni alla teoria dell'attaccamento

Prendendo le distanze dalla psicoanalisi classica, Bowlby ha dunque integrato la sua teoria con contributi di altre scienze, come la cibernetica, la teoria dei sistemi, la teoria di Piaget e il cognitivismo, l'etologia.

Possiamo quindi così riassumere alcune delle modifiche fondamentali apportate dalla teoria di Bowlby al paradigma psicoanalitico classico:

Viene sottolineata l'importanza dei processi di interiorizzazione dei rapporti con le figure verso le quali il bambino sviluppa attaccamento e dell'opinione che queste hanno del Sé del bambino. La nozione di oggetto interno viene sostituita da quella di modello operativo interno.

La nozione di stadi di sviluppo (con i relativi meccanismi di fissazione e regressione) è sostituita da quella di *percorsi di sviluppo,* cioè diversi possibili itinerari individuali determinati dall'evoluzione delle relazioni concrete con le figure di attaccamento, non solo quelle dell'infanzia.

1 bambini hanno fin dalla nascita attitudine e piacere ad impegnarsi in relazioni sociali (quindi niente fase autistica e narcisistica).

Mary Ainsworth, che ha collaborato con Bowlby alla formulazione della teoria dell'attaccamento, ha creato una situazione sperimentale, la *strange situation,* per poter valutare i diversi comportamenti di attaccamento di bambini in risposta alla separazione dalla madre. E' stato possibile individuare quattro tipi ricorrenti di risposta e, in base a questi, sono state individuate quattro tipologie di attaccamento.

La strange situation (Ainsworth, 1978) consiste in una procedura osservati va su bambini tra i 12 ed i 18 mesi, della durata complessiva di venti minuti articolata in momenti successivi, e cioè: dapprima la madre e il suo bambino di un anno vengono introdotti in una stanza da gioco (non familiare), una persona sconosciuta entra e si mette a giocare con il bambino; la madre esce, poi ritorna ed esce l'estraneo; la madre esce di nuovo ed il bambino rimane solo, poi ritorna l'estraneo, infine anche la madre.

L'intento è di aumentare lo stress del bambino in modo lento e sistematico per mettere in luce i pattems di risposta alla separazione. L'intera procedura è videoregistrata e classificata in base alle reazioni del bambino. Viene osservato il modo in cui il bambino risponde alla madre, specialmente in occasione dei suoi ritorni.

I pattems fondamentali di risposta del bambino allo stress della separazione sono quattro e consentono di raggruppare i bambini in altrettante tipologie.

tipo B Attaccamento sicuro

I bambini di questo gruppo esplorano attivamente e tranquillamente l'ambiente in presenza della madre, piangono poco al momento della separazione, protestano vivamente al momento della riunione riprendendo poi immediatamente la loro attività. Le madri di questi bambini dimostrano sensibilità nel rispondere ai segnali che il bambino invia loro, forniscono conforto e protezione solo quando sono richieste.

tipo A: Attaccamento ansioso-evitante

I bambini di questo gruppo non protestano al momento della separazione dalla madre (sembrano indifferenti, continuano a giocare o ad interagire con l'adulto estraneo), evitano attivamente la madre al momento del suo riavvicinarsi dopo la separazione e sono inibiti nel gioco. Le madri sono rifiutanti, colleriche o addirittura ostili, hanno avversione per il contatto fisico, una mimica rigida e poco espressiva, sono infastidite da richieste di conforto e protezione, soprattutto quando il bambino ne mostra più attivamente il bisogno attraverso il comportamento di evitamento. Quindi, dato che il bambino si trova ad essere in collera con la madre che non è responsiva e dato che teme un rifiuto, adotterà la difesa evitante staccando il comportamento di attaccamento dagli eventuali segnali e informazioni ambientali che solitamente lo attivano. Di conseguenza non vive la partenza di sua madre né il suo ritorno come stimoli a desiderare uno stretto contatto con lei. Perciò evita sia la ricerca di contatto che la rabbia perché entrambe hanno alta probabilità di evocare un mortificante rifiuto.

Gli antecedenti di questa insensibilità e non responsività materna possono essere:

la madre è a sua volta attaccata in modo insicuro, ansioso. Si arrabbia o evita di rispondere alle richieste sempre più ansiose del figlio. Madri che hanno accettato e rielaborato relazioni negative con i propri genitori, mitigano gli effetti del loro tipo di attaccamento su quello dei figli e possono essere sensibili e responsive.

madri che hanno subito separazioni traumatiche irrisolte, perdita permanente di figure di attaccamento, depressione o disturbi emozionali dei genitori, esperienze infantili di abuso sessuale, morti recenti di figure significative.

2.3. tipo C: Attaccamento ansioso-ambivalente o ansioso-resistente

I bambini di questo gruppo sono molto angosciati e protestano come i B al momento della separazione ma non possono essere pacificati facilmente al momento della riunione, anzi continuano a piangere nonostante i tentativi delle madri di consolarli, cercano il loro contatto, ma resistono scalciando, scappando, buttando via i giocattoli che vengono offerti loro, continuano ad alternare stati di rabbia e momenti in cui si stringono violentemente alla madre, mentre la loro esplorazione dell’ambiente è inibita. Le madri appaiono imprevedibili ed incoerenti nella loro disponibilità a rispondere alle esigenze di attaccamento del bambino e nella loro accessibilità. Inoltre sono spesso intrusive ed ipercontrollanti, limitando la tendenza del bambino all’esplorazione autonoma dell’ambiente. Le richieste di prossimità e contatto del bambino vengono spesso frustrate mentre il comportamento di attaccamento del bambino persiste e tende a intensificarsi ed a mescolarsi con la rabbia. Conseguentemente, quando la madre risponde, il bambino si comporta in modo ambivalente ed è difficile da placare. Siccome non può contare sull’accessibilità della madre, egli vigila per qualsiasi indicazione di diminuita prossimità, e mostra disagio a ogni piccola separazione quotidiana o di fronte a qualsiasi minaccia di separazione.

tipo D: Attaccamento disorganizzato-disorientato

In questo pattern vi è mancanza di organizzazione del comportamento di attaccamento. Quando i bambini vengono riuniti alla madre hanno comportamenti confusi e contraddittori (per es. si riavvicinano alla madre con la faccia rivolta dall’altra parte), improvvisi arresti nei movimenti di avvicinamento, strane improvvise “fissità” dello sguardo e dei movimenti che appaiono stereotipati; oppure si paralizzano quando vengono presi in collo dalla madre. Le madri di questi bambini hanno un comportamento di accudimento che viene definito *spaventato e spaventante;* in genere hanno subito nell’infanzia un lutto non elaborato o esperienze infantili di abuso sessuale, prevalentemente di tipo incestuoso, altre violenze o hanno un disturbo bipolare grave per cui trattano il bambino in modo imprevedibile e bizzarro. Si ipotizza che esse si comportino con i loro bambini in modo doloroso, spaventato, non correlato con quanto accade in quel momento nell’ambiente, in modo quindi disorientante per il bambino, rivivendo dolori e paure che fanno parte della memoria e del loro mondo interiore.

Sono state svolte ricerche anche sulle madri dei bambini appartenenti ai pattern B, A, C, da cui è risultato che:

Le madri dei bambini del pattern B hanno in genere avuto un'infanzia abbastanza felice e si mostrano capaci di parlarne dettagliatamente dando il giusto posto anche a eventi infelici. Alcune madri, sempre di bambini del gruppo B, riferiscono invece di avere avuto un’infanzia molto infelice, ma sono in grado di raccontare la loro storia in modo fluido e coerente dimostrando di avere a lungo e consapevolmente elaborato la loro infelicità, fatto che ha consentito loro di avere un atteggiamento sensibile e prontamente affettuoso con i figli.

La madri dei bambini del pattem A dichiarano in modo distaccato e generico di aver avuto un’infanzia felice, anche se gli episodi che ricordano dimostrano il contrario. Non si ricordano dell'infanzia.

Le madri dei bambini del pattem C descrivono in genere una relazione difficile ed infelice con la madre, in cui sono tuttora coinvolte.

Occorre comunque ricordare che i pattem di attaccamento possono mutare se intervengono, nel percorso di sviluppo dell’individuo, nuove esperienze di attaccamento che modificano quelle trascorse. Inoltre il pattern di attaccamento relativo ad un genitore può essere diverso da quello che riguarda l’altro genitore, ciò attenua il determinismo dell'impatto sul bambino dei comportamenti del singolo genitore.

3. I cinque compiti terapeutici

In *Una base sicura* (1988) Bowlby riassume in cinque punti la tecnica terapeutica collegata alla teoria dell’attaccamento, finalizzata soprattutto all’individuazione e alla ristmtturazione dei modelli operativi interni disadattivi:

) Fornire al paziente una base sicura da cui esplorare gli aspetti dolorosi della sua vita.

Incoraggiarlo ad esaminare il suo stile relazionale attuale, le aspettative e i giudizi su di sé e sugli altri.

Incoraggiarlo ad esaminare come i suoi modelli operativi agiscono nella relazione con il terapeuta.

Incoraggiarlo ad esaminare quanto i suoi atteggiamenti attuali siano il risultato delle esperienze di attaccamento.

Incoraggiarlo a ristmtturare i suoi modelli disadattivi e disfunzionali.

Il contributo di Patricia Crittenden alla teoria dell’attaccamento

Tra i successivi sviluppi della teoria dell'attaccamento, ricordiamo, per la sua organicità e completezza, il contributo di Patricia Crittenden, allieva di Mary Ainsworth, che riassumiamo qui di seguito riprendendo e riordinando lo schema da lei proposto nei vari scritti raccolti nei due volumi in italiano intitolati *Nuove prospettive sull 'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio* (1994) e *Pericolo, sviluppo e adattamento* (1997). Crittenden dimostra come ogni percorso di sviluppo, conseguente ad una particolare esperienza di attaccamento, sia contrassegnato da una caratteristica organizzazione della sfera cognitiva e affettiva del soggetto e dalla costruzione di determinati modelli operativi interni. Esaminiamo il processo di fondazione delle configurazioni di attaccamento e dei modelli operativi intemi lungo lo sviluppo dalla prima infanzia all’adolescenza (Crittenden 1994, 1997).

Configurazione B

Lattanti: le figure genitoriali che rispondono in maniera sensibile, che confortano i bambini ecc., comunicano loro un senso di fiducia, affidabilità. Questi lattanti imparano ad avere fiducia nel valore comunicativo dei loro comportamenti e i loro segnali affettivi si trovano ad essere rinforzati positivamente, cioè incoraggiati. Imparano cosi ad avere fiducia nel fatto che gli effetti di questi comportamenti sugli altri sono prevedibili, quindi possono fare previsioni sulla realtà esterna e considerarle affidabili.

Le loro cognizioni tendono allora ad essere vere ed appropriate, le loro emozioni confermate e legittimate. La capacità dei genitori di distinguere precocemente i bisogni e i diversi segnali dei bambini fa si che questi acquisiscano la capacità di distinguere meglio fra i propri segnali.

In sostanza, dunque, le figure di attaccamento forniscono ai bambini l'impalcatura emozionale e cognitiva attraverso la quale essi cominciano a fare esperienza della realtà, come realtà affidabile e piacevole.

Età prescolare: i genitori prendono atto adeguatamente dei mutamenti di esigenze e di comportamento dei loro bambini, dei nuovi problemi che essi si trovano ad affrontare e dei mutamenti nelle modalità di affrontarli. Seguono lo sviluppo cercando di far attenzione ai nuovi pensieri e sentimenti dei bambini, cercano di negoziare o progettare con loro soluzioni ai problemi vitali o relazionali. Se decidono di accettare le richieste dei figli sono poi coerenti nei comportamenti.

Nell'età prescolare spesso i comportamenti di attaccamento cambiano. In genere le madri si lamentano che i bambini di due anni sono particolarmente problematici. In effetti in questo periodo avvengono importanti cambiamenti e sviluppi sul piano cognitivo e affettivo. Nel periodo preoperatorio, i bambini tendono a formarsi più accurati modelli rappresentativi intemi delle relazioni di attaccamento, a riorganizzare quelli preesistenti, a mettere a punto strategie comportamentali più efficaci per gestire quelle relazioni. Essi scoprono le discrepanze tra i modelli di madri buone o cattive che hanno usato fino a quel momento e gli effettivi comportamenti materni. Si trovano quindi ad integrare nuove informazioni e a poter correggere precedenti errori, e in questo processo hanno bisogno di protezione, di non interferenza, di non essere fuorviati.

I bambini in questa età diventano capaci di riconoscere ed ammettere che le figure di attaccamento hanno sentimenti ed intenzioni diversi dai loro e quindi sono in grado di iniziare a confrontarsi con quelle figure, a negoziare i disaccordi, a trovare compromessi, tollerando fiustrazioni che siano sostenibili. Iniziano dunque a costmire rapporti, per questo hanno bisogno di sentire che l'altro è affidabile. I bambini si sentono protetti dai progetti che fanno con i loro genitori e sentono di condividerne la responsabilità.

In una relazione di tipo B, c'è uno scambio completo di affettività e cognitività in una comunicazione non fuorviante e con poche distorsioni e c'è una buona integrazione soggettiva di affettività e cognitività nel bambino e nel genitore.

Quando genitori e bambini sono in grado di scambiarsi informazioni esatte sui sentimenti e sulle intenzioni, possono anche restare separati senza stare in ansia. Ciò facilita l'esplorazione del mondo da parte dei bambini che imparano a prendersi cura di sé e si rivolgono ad altre figure di riferimento.

Adolescenti: l'adolescenza è l'ultimo grande momento di rapido aumento neurologico del funzionamento corticale durante il quale la mente inizia a basare il proprio funzionamento su operazioni formali astratte (Piaget).

Questa nuova capacità viene impiegata per integrare in modo più efficiente e logico nuove informazioni sugli altri e sulla realtà, informazioni che servono ad affrontare in modo più articolato ed efficace il rapporto con gli altri e a comprendere i limiti imposti dalla realtà. Ciò dipende anche dalla maturata capacità mentale di fare distinzioni e di riconoscere sfumature, che consente di modulare i propri modelli rappresentativi interni che riguardano ad esempio i genitori e di fare nuove considerazioni, modificandoli, correggendo errori compiuti in periodi evolutivi precedenti, e confrontando gli atteggiamenti e i caratteri dei propri genitori con quelli di altri genitori. Ad esempio: “i genitori in genere hanno buone intenzioni, anche se mia madre è più assillante di mio padre”. “A mia madre conviene chiedere le cose quando non ha niente da fare, mio padre è intrattabile quando toma dal lavoro”, ecc.

In genere più sono le informazioni giuste a cui un individuo può accedere in questo processo integrativo, più il modello rappresentativo interno che si costruisce sarà complesso, modulato, comprensivo e più adeguato alla realtà. L’adolescente, ma più ancora l’adulto, può cominciare a riconoscere le proprie reazioni emotive, come la collera e la paura, a vederne le cause e ad utilizzarne il potenziale predittivo, scegliendo poi consapevolmente se inibire o meno i comportamenti conseguenti.

Se invece in passato alcune informazioni, cognitive o affettive, sono state scartate o disconosciute (come nelle configurazioni A e C) è molto facile che continuino ad esserlo e i modelli rappresentativi che derivano da queste mancate cognizioni saranno più rigidi, più dicotomici, meno articolati ed integrati e lo saranno quindi anche i comportamenti relativi.

Gli adolescenti di tipo B possono usufruire di informazioni accessibili e non distorte, sono in genere assistiti da figure di attaccamento che li aiutano e accettano senza collera, rifiuto o sottomissione i loro giudizi spesso aspri e polemici, i loro atteggiamenti di sfida e ribellione. In altre parole, queste figure di attaccamento forniscono una base sicura che garantisce innanzitutto all’adolescente un’accettazione empatica dei suoi vissuti e delle sue emozioni, ma che costituisce per lui anche un termine di confronto credibile, fermo e autonomo. Ciò stimola l’adolescente ad esplorare contando su una base affettiva ma anche a sviluppare una propria autonoma visione delle cose.

Si deve notare, tuttavia, che quando l'adolescente gode di un forte sostegno, può succedere che nella sua esperienza non si manifestino conflitti o discrepanze, che tutto fili liscio, in modo troppo scorrevole, privando l’adolescente di occasioni di riflessione. Quando mancano le discrepanze nell’esperienza manca lo stimolo a confrontare, correggere, integrare informazioni in conflitto tra loro. Di conseguenza può succedere che il modello rappresentativo interno della realtà, di sé e degli altri che risulta da questo forte sostegno di cui gode l’adolescente B, rifletta una gamma limitata di realtà, con poche minacce, poche informazioni false ed erronee, e che egli abbia poco bisogno di impegnarsi nei processi mentali di rivalutazione e revisione delle informazioni. Cosi questi adolescenti che vivono in contesti integrati felici e sicuri, non necessariamente sono molto integrati mentalmente e spesso risultano piuttosto ingenui.

In adolescenza il tema della propria identità è percepito nei termini di un contrasto fra sé e gli altri. Gli adolescenti tentano di conciliare gli aspetti di sé che vengono riconosciuti e accettati dalle persone importanti con quelli non accettati. Quelli che temono la perdita del sostegno e dell'approvazione dei genitori, per non perderli potranno rinunciare ad una piena evoluzione di sé o, al contrario, rinunciare definitivamente a quel sostegno. Gli adolescenti sicuri si sentono accettati dalle persone importanti, si fidano della propria competenza e si sentono più a proprio agio degli altri nel fare le loro scelte personali.

Particolarmente importante per gli adolescenti è la natura delle informazioni vere. Essi tendono a discernere in modo consapevole le discrepanze tra ciò che gli altri comunicano e ciò che fanno, in altri termini gli adolescenti sono consciamente preoccupati della possibilità che gli altri non siano sempre sinceri in quello che comunicano. Perciò danno grande valore alle comunicazioni esplicite e coerenti mentre disprezzano l'ipocrisia e l'insincerità. Ai loro occhi gli adulti sono spesso coloro che predicano bene ma razzolano male e quindi sono da deridere, disprezzare. D'altra parte, la tendenza ad assumere atteggiamenti dicotomici ed estremizzati, porta gli adolescenti ad essere fiduciosi e creduli o, al contrario, amaramente cinici. Essi non tollerano le incertezze come un tratto necessario del carattere e dell'interazione tra il Sé e il contesto delle decisioni. Cercano sempre delle guide che mostrino sicurezza nelle capacità di predire gli eventi, ossia modelli rappresentativi che riducano le incertezze e i rischi. La capacità di percepire realisticamente le cose e le persone è determinante per i giovani nella scelta del partner ed è in questa occasione che essi si esercitano appunto ad essere realistici. Le configurazioni di attaccamento influenzano spesso in maniera decisiva la scelta: gli individui di tipo B hanno alta probabilità di scegliere un partner simile, i tipi A e C hanno molte probabilità di scegliere un partner della stessa configurazione o di quella opposta. In questo caso i rischi di delusioni e i conflitti sono alti.

Configurazione A

Lattanti: quando i segnali dei lattanti hanno come risultato l'interferenza o il rifiuto, essi si sentono puniti per il loro comportamento. Di conseguenza imparano ad inibire il comportamento punito. I lattanti che ad una anno di età saranno evitanti hanno tipicamente vissuto un rifiuto materno ogniqualvolta abbiano manifestato segnali affettivi indicanti un desiderio di vicinanza alle loro madri. Se protestano per questo rifiuto è probabile che la madre reagisca con la collera. Per evitare il rifiuto e la collera della madre, i lattanti tendono ad inibire l'espressione delle loro emozioni. Cosi, alla fine della prima infanzia, mentre i bambini sicuri hanno imparato a dare un significato all'affettività e alla cognitività, i bambini evitanti invece hanno imparato ad organizzare il loro comportamento senza essere in grado di usare i segnali affettivi e di comprendere le proprie emozioni. Cioè sono in grado di dare un senso alle informazioni cognitive ma non a quelle affettive, sono competenti soprattutto o esclusivamente nell'organizzazione cognitiva. Inoltre tendono a idealizzare eccessivamente in senso negativo le figure genitoriali, a ritenerle troppo insensibili, mentre in genere esse sono relativamente sensibili ed insensibili. Hanno imparato il modo di evitare le punizioni ma non quello di suscitare le cure che essi desiderano.

Età prescolare: in questa età i bambini di tipo A sviluppano diverse configurazioni difensive di comportamento, per cui l'etichetta per l'intero gruppo A è: *difeso.* Basandosi su ricerche condotte su diversi tipi di campione sociale, la Crittenden distingue tre tipi di madri nel gruppo difeso:

Madri interferenti: prendono l'iniziativa senza considerare mai le esigenze del bambino, manipolano il suo corpo contro la sua stessa volontà e cosi via. Se i bambini reagiscono con l'evitamento, le madri interpretano questo comportamento come sgarbato e si arrabbiano.

genitori interferenti e rifiutanti usano di solito segnali emotivi fuorviarti. Quando i loro figli offrono pochi segnali affettivi essi diventano intrusivi mostrando affetti falsamente positivi. Quando però i bambini rispondono con affetti intensi, allora li rifiutano. Così i bambini non capiscono più il significato dei segnali affettivi e imparano ad inibire i propri segnali di desiderio e rabbia. D'altra parte i bambini di tipo A scoprono che le figure genitoriali usano affetti falsi.

bambini in età prescolare adottano allora una strategia per evitare le intrusioni materne: sostituiscono l'evitamento comportamentale con l'inibizione psicologica. Guardano la mamma e le parlano senza segnalarle alcun desiderio di vicinanza. Senza essere sgarbati, mantengono con i genitori uno scambio distaccato ma gentile. Pur stando vicino ai genitori fisicamente, cercano di evitare gli scambi affettivi. Questi bambini possono essere definiti *inibiti.* Imparano a fidarsi della cognitività (rinforzata dalle madri che sono contente dei risultati cognitivi dei loro bambini) mentre l'affettività è per loro inaffidabile.

Madri chiuse e ritirate: i bambini che hanno madri di questo genere hanno sempre il problema di suscitare la loro attenzione. Le richieste in questo senso tuttavia falliscono sempre: se loro si arrabbiano, protestano o chiedono, le mamme si ritirano ancora di più. Allora i bambini imparano sia ad inibire la manifestazione dei propri sentimenti, sia a sostituire ad essi una falsa affettività positiva che non provano realmente. Cioè imparano a fingere la felicità quando in effetti sono disperati e arrabbiati. È come se il bambino volesse rassicurare la madre che tutti sono felici e che non succederà niente di male, cioè non ci sarà nessuna richiesta specifica se la mamma gli rivolgerà un po' d'attenzione. Con questa affettività falsa e brillante il bambino tenta di attirare, ravvivare, sedurre il genitore. Tuttavia quando il genitore si avvicina, spesso il bambino diventa inibito ed evita il contatto. Il tentativo di rassicurare sistematicamente la madre crea la situazione per cui il rapporto di accudimento è rovesciato, è il bambino che si preoccupa per la madre e cerca di consolarla quando è triste.

Questo atteggiamento si chiama: *inversione di ruoli compulsiva.*

Madri ostili ed esigenti: i bambini le cui madri hanno di frequente un comportamento apertamente rabbioso, disgustato ed ostile, imparano in età prescolare ad inibire i propri desideri e a fare esattamente quel che viene loro chiesto. Sostituiscono la propria affettività con quella che sentono desiderata dai genitori. Quindi per questo gruppo si parla di falsa affettività, non solo di elusione della vita affettiva. Essi sono costantemente vigili e cercano di anticipare i desideri dei loro genitori in ogni dettaglio, di riconoscere ogni segno premonitore di collera. Questi bambini sono *compulsivamente acquiescenti.* La sotto-configurazione compulsivamente acquiescente è spesso accompagnata da prestazioni esageratamente alte del bambino, specialmente quando la madre cerca prove della sua obbedienza e della sua capacità intellettiva.

Tutti i bambini difesi, in particolar modo quelli compulsivamente acquiescenti, hanno dunque scoperto che l'aggressività dei genitori dipende dalla capacità che i figli hanno di modificare e adattare il loro comportamento. Quindi, quando i genitori si arrabbiano questi bambini responsabilizzano se stessi e i propri comportamenti.

Tutte le sotto-configurazioni di tipo A implicano una scissione di aspetti buoni e cattivi di sé: cioè il modello rappresentativo interno che il bambino ha del genitore è buono e costringe i bambini a manifestare un falso Sé buono ed a percepire il proprio vero Sé come cattivo. Quest'ultimo perciò non viene mostrato, ma suggerisce sentimenti di vergogna.

1 bambini maltrattati rientrano spesso nelle due ultime sotto-configurazioni appena descritte, cioè negli invertitori di ruolo, nel caso in cui l'atteggiamento prevalente dei genitori maltrattanti sia la trascuratezza e allora siano i bambini a prendersi cura di loro e ad attrarre la loro attenzione con falsi affetti positivi; negli acquiescenti, nel caso invece che i genitori maltrattanti siano molto aggressivi o abusanti.

In età scolare i bambini di tipo A utilizzano prevalentemente la memoria semantica influenzata dai genitori per trovare informazioni su ciò che devono fare, sapere e sentire, imparano a ricordare le cose e gli episodi spiacevoli in modo da non incorrere di nuovo in quei comportamenti che sono stati puniti o respinti, ad accettare le spiegazioni dei genitori e a rimuovere il ricordo delle informazioni in conflitto con quelle date dai genitori. Questo riguarda anche i comportamenti e i desideri sessuali che vengono adeguati alle norme e alle generalizzazioni dei genitori. La severità genitoriale crea figli conformisti, inibiti, che si attengono alle regole.

Ci si può aspettare che i soggetti difesi abbiano fin da bambini modelli semantici elaborati e idealizzati ai quali hanno facile accesso e che sono presentati verbalmente in modo pronto. Questi modelli semantici idealizzati mantengono le rappresentazioni esagerate e dicotomizzate tipiche dei primi anni di vita, su ciò che è bene e male, su ciò che si deve fare e non fare, ecc. Non di meno il comportamento dei bambini e degli adolescenti difesi può essere regolato da modelli di memoria procedurale ed episodica (specialmente modelli episodici inconsciamente conservati) che non sono articolati o che sono verbalmente negati.

Adolescenti: è un periodo molto critico per la configurazione difesa, perché gli adolescenti difesi trovano molto difficile tollerare l'intimità e quindi rischiano di ritrovarsi soli e isolati proprio nel momento in cui devono stabilire le prime importanti relazioni intime. Alcuni bambini del sottogruppo inibito possono diventare individui *isolati* e abituarsi ad usare una *sessualità promiscua* per procurarsi contatti fisici in cui possono rimanere psicologicamente non coinvolti. A volte potranno nascondersi dietro conseguimenti di successi che però non danno mai loro un senso di benessere e felicità. Gli adolescenti di tipo A, in linea con le fasi precedenti del loro sviluppo, tendono a costruire modelli semantici su ciò che si dovrebbe fare e a scartare le informazioni emozionali su come si sentono e su ciò che viene registrato dalla memoria episodica, cioè sui singoli fatti descritti per quello che sono, specialmente quando questi fatti sono in contrasto con le loro idee. Tenderanno quindi a interpretarli secondo le idee che hanno già. Inoltre tendono a idealizzare il genitore e a denigrare il proprio Sé, oppure l'inverso.

Gli adolescenti difesi possono essere affetti da una depressione caratterizzata dal distanziamento affettivo. Quando non è possibile accedere all'affettività per correggere comportamenti e modelli distorti e quando, proprio per la mancanza di informazioni di tipo affettivo, non si riesce a raggiungere le mete prefissate e ci si trova a non saper gestire delle situazioni, la depressione è molto probabile.

Spesso gli A, adolescenti e adulti, si rifugiano in un loro mondo artificiale, costruito mentalmente, al quale gli altri non hanno accesso.

Configurazione C

Lattanti: Le madri dei bambini che appartengono a questa configurazione sono chiare nella loro comunicazione affettiva, ma rispondono ai segnali dei bambini in modo incostante ed incoerente. Allora, dato che non possono predire le risposte delle madri, i lattanti diventano ansiosi e collerici. La risposta delle madri a quest'ansia e collera è imprevedibile: le madri incostanti a volte danno conforto, a volte si arrabbiano, altre volte non fanno nulla. I lattanti di queste madri sono dunque sottoposti a un programma di rinforzo imprevedibile e intermittente che mantiene il comportamento ad alta frequenza, cioè accentua oscillazioni rabbia-ansia. Essendo quella delle madri una risposta imprevedibile, i lattanti non possono contare sulla cognitività-predittività, anzi fanno esperienza dell'associazione temporale del desiderio con la collera, l'incertezza e la paura, per cui il desiderio non si esprimerà mai senza queste altre componenti. Anche se dopo i nove mesi questi lattanti riescono ad individuare l'oggetto al quale si indirizzano le loro emozioni quindi ad averne una rappresentazione integrata, tuttavia non hanno imparato alcuna strategia per cambiare la variabilità del comportamento genitoriale, quindi non sono organizzati rispetto all'attaccamento.

Questa strategia viene messa a punto in età prescolare.

Età prescolare: tutti i bambini usano in età prescolare il *comportamento fintamente timido* per disarmare la collera altrui e per suscitare tutela. Per bambini con figure genitoriali incostanti, tuttavia, questo nuovo comportamento, combinato con la maggiore competenza cognitiva associata all'intelligenza preoperatoria, offre l'opportunità di organizzare una strategia con cui obbligare a rispondere figure genitoriali incostanti.

Il comportamento fintamente timido può essere descritto con un esempio: un bambino ha una madre che risponde in ritardo o saltuariamente alle sue richieste di attenzione. I due si trovano a fare la coda alla cassa di un supermercato, il bambino chiede un dolcetto. Il genitore ignora la richiesta, il bambino geme in crescendo fino al pianto, con urli e crisi di nervi. Il genitore decide di accontentare il bambino, ma questi non sospende la manifestazione collerica, anzi rifiuta l'oggetto e ne vuole un altro. Allora il genitore si arrabbia, e il bambino passa al comportamento fintamente timido: appare mite e innocente, con la testa inclinata da una parte, piccoli dolci sguardi al genitore in collera, la pancia spinta in avanti e un sorriso tenero (senza denti aggressivi). Il genitore si scioglie e non punisce. Il bambino a quel punto continua a comportarsi in modo dipendente e incompetente, cadendo, inciampando, ecc. finché il genitore non è esasperato dalla sua finta incapacità e si arrabbia di nuovo. Allora anche il bambino torna a manifestare collera. La maggior parte dei genitori, temendo un'altra scenata, cerca di placare il bambino, che a quel punto chiede di più, e cosi via in una configurazione invischiante da cui molti genitori non riescono a districarsi. I bambini che usano questa strategia, in cui si alternano atteggiamenti minacciosi e disarmanti, vengono chiamati dalla Crittenden *coercitivi.*

La strategia coercitiva deve servire ad aumentare la prevedibilità del comportamento dei genitori incostanti. Mentalmente essa si sene della scissione degli affetti di collera, paura e desiderio che vengono mostrati separatamente e alternativamente in forma esagerata. In altri termini, questa affettività viene esagerata allo scopo di manipolare con essa la reazione dell'altro e questo risulta essere l'unico modo per rendere prevedibili le risposte emotive di genitori ambivalenti e imprevedibili, che reagiscono in modi sempre diversi ai singoli atteggiamenti del figlio. 1 bambini coercitivi trasformano efficacemente la loro impossibilità di predire le azioni del genitore in una situazione in cui i genitori non sono in grado di predire ciò che farà il bambino. Dato che i genitori trovano tutto ciò frustrante e costrittivo, molti cercano di districarsene usando la *falsa cognitività,* ossia si comportano in maniera da fuorviare i figli rispetto alle proprie reali intenzioni, usando la propria superiorità cognitiva per mettere nel sacco i loro figli. Es.: nel corso di una *Strange situation,* quando la mamma sta per uscire il bambino l'afferra e le chiede disperatamente che lo porti con lei. La mamma torna indietro verso la stanza ad esclama: la palla, guarda la palla, valla a prendere. E mentre il bambino ci va, sguscia fuori. Oppure la mamma dice: se stai buono, quando rientro ti porto un gelato. Ma quando torna non ce l'ha.

Facendo così, i genitori insegnano ai figli a non fidarsi delle informazioni cognitive e a stare invece ben attaccati a richieste intensamente affettive. L'invischiamento e la manipolazione affettiva sono quindi le caratteristiche della relazione tra genitori e figli coercitivi. Nella forma lieve della strategia coercitiva, gli atteggiamenti opposti tra i quali oscilla il bambino sono chiamati *esplicitamente minaccioso e disarmante.* Nelle forme più gravi, che sono a rischio di disfunzione, vengono chiamati dalla Crittenden *aggressivo* e *fintamente incompetente.*

Dato che la strategia coercitiva funziona solo in presenza della figura di attaccamento, i bambini coercitivi restano eccessivamente aggrappati ai genitori, ai quali tendono a dare la colpa dei propri problemi. I bambini aggressivi e fintamente incompetenti sembrano incolpare i genitori della propria sofferenza e si espongono a rischi enormi di vendetta e ritorsione da parte loro o da parte degli altri, assumono comportamenti pericolosamente esibizionistici o autolesionistici, rinunciando apposta a proteggersi in situazioni pericolose. Esigono attenzione in maniera maggiore dei bambini semplicemente minacciosi-disannanti e amplificano illimitatamente il loro comportamento. Proprio perché affamati di attenzione, i bambini coercitivi tendono ad essere rumorosi e distruttivi in contesti di gruppo, specialmente a scuola e ciò limita il loro apprendimento. Assumendo comportamenti rischiosi come iperattività, rifiuto di mangiare, tolleranza di relazioni violente, comportamenti comunque immaturi, questi bambini suscitano, ad esempio, negli insegnanti un tipo di accudimento protettivo che però non è molto congeniale a stimolare le loro capacità di apprendimento. Spesso infatti gli insegnanti si accontentano di proteggerli se sono disarmanti o di difendersi se sono aggressivi.

Per quanto riguarda il sistema di memoria, è chiaro che i bambini coercitivi, avendo imparato a non fidarsi del ragionamento, avranno un sistema semantico limitato e faranno affidamento sui modelli episodici, accentuando una distinzione rigida tra episodi buoni o cattivi. La confusione della memoria semantica da parte dei genitori di questi bambini viene spesso prodotta attraverso comunicazioni paradossali e contrastanti, del tipo: “chi ti ha dato il permesso di fare questo?’’ e dopo poco: “non riesci a fare niente per conto tuo?”.

In età scolare, quando si impara ad usare le operazioni logiche concrete, alcuni bambini coercitivi usano la cognitività illogica con cui i genitori li hanno battuti in astuzia in età prescolare. Imparano a nascondere la verità dietro un’apparenza di logica e ragione, cioè razionalizzano le loro strategie coercitive, le loro oscillazioni affettive. La falsa cognitività implica un’apparenza superficiale di logica, quando le connessioni tra gli eventi non sono affatto quelle che sembrano e neppure lo sono le motivazioni reali dei comportamenti che vengono razionalizzati e spiegati. Per es. il bambino che gioca al dottore con la mamma e la picchia forte con il martello facendole male e dicendo: volevo solo controllare i tuoi riflessi.

I bambini coercitivi, per ingannare i genitori e piegarli ai loro scopi e piani che non sarebbero accettati se conosciuti, usano le stesse argomentazioni fuorvianti, abili e truffaldine, la stessa logica invertita, fatta apposta per oscurare la verità e condurre a obiettivi indiretti, non dichiarati, che le loro figure di attaccamento hanno solitamente usato per ingannare loro.

I bambini coercitivi, accentuando il loro comportamento aggressivo, hanno alte probabilità di assumere comportamenti antisociali. Diventano ossessionati dal bisogno di vendicarsi di chi li ha offesi, usano inganni e alleanze subdole, invischiatiti, punitive. Altri bambini coercitivi integrano l’inganno con il comportamento disarmante per crearsi un’attitudine seduttiva attraverso la quale ingannano e manipolano gli altri con finte richieste di soccorso o finti gesti di sottomissione per coinvolgerli nei propri piani maliziosi.

Adolescenti: gli adolescenti di tipo C avranno probabilmente modelli rappresentativi confusi, concentrandosi sui dettagli della memoria per immagini ed episodica e poco su quella semantica. Nelle sottoconfigurazioni più problematiche, si impegneranno in schermaglie punitive con gli altri e in credenze paranoidi.

Aspetti psicopatologici: è possibile che i disordini della condotta si intensifichino fino a diventare comportamenti veramente pericolosi e violenti, delinquenza e criminalità incluse. La ricerca di attenzione dei bambini C diventerà sfida minacciosa ed esplicita, l’incolpare gli altri giustificherà vendette per minime cose, risentimento, rancore, ecc. E’ prevedibile la partecipazione a gruppi con i quali c’è complicità nel percepire le relazioni in termini coercitivi. Se hanno imparato la logica invertita della truffa, si impegnano in attività illegali. Minacce o tentativi di suicidio possono costituire un peggioramento degli atteggiamenti seduttivi e punitivi.

Configurazioni A C e A/C

Le configurazioni A e C possono combinarsi insieme in una configurazione AC (senza barra /) la cui caratteristica è la psicopatia (antisocialità). Gli psicopatici diffidano sia dell’affettività che della cognitività, distorcono il proprio comportamento invertendo tutti i significati ed i valori. Presumono che tutte le informazioni siano potenzialmente false e minacciose, miscelano falsi affetti e false cognizioni, per produrre una realtà distorta in cui niente è sicuro ma tutto è minaccioso. Un’affettività seduttiva in modo disarmante, ma falsa, coprirà la rabbia interna; un’acuta intelligenza applicata ad una cognitività invertita, cioè non volta alla comprensione della realtà ma alle macchinazioni, creerà inganni che vanno oltre l'immaginazione di una persona nonnaie. Rabbia punitiva (C) agita con la copertura di una affascinante seduttività (C) e nascosta dietro l’acquiescenza (A) e l’inversione dei ruoli compulsiva (A), caratterizzano questa configurazione.

Il gruppo A/C (con la barra /) è invece fatto di individui che oscillano, a volte in maniera bipolare, fra strategie difensive di tipo A e di tipo C con scarsa capacità, però, d'integrare affettività e cognitività. I bambini possono anche usare una strategia difesa con un genitore e una strategia coercitiva con l'altro. In genere i lattanti A/C fanno esperienza di ambienti che sono imprevedibili e pericolosi o di genitori bipolari. Quando l'integrazione riesce, tuttavia, il gruppo A/C rappresenta quello più dotato di adattività, senza le ingenuità che contraddistinguono il gruppo B. Infatti gli A/C hanno una comprensione e un'esperienza dell'ambiguità della vita molto più profonde dei B, avendo attraversato situazioni molto più dolorose e difficili per cui nei momenti in cui prendono coscienza della falsa cognitività e della falsa affettività, oppure nei momenti in cui riescono a connettere le due sfere che normalmente vivono come separate, raggiungono una consapevolezza molto maggiore delle situazioni e possono modificare i loro modelli rappresentativi. Inversamente, quando l'integrazione non riesce, sono molto soggetti alla depressione, soprattutto quando prevale la mancanza di accesso a informazioni di carattere sia cognitivo che affettivo. D'altra parte il confine tra la depressione e il mutamento creativo è in questi individui molto sottile, dato che il cambiamento, che dipende dalle dissonanze emozionali, dalle discrepanze cognitive, assume in questi soggetti un carattere molto conflittuale, con paure di distruzione e abbandono.

Nei B invece, che possono contare su un'annonia empatica tale da sentirsi sempre abbastanza compresi e su un'armonia intellettuale tale da sentirsi sempre capiti, i processi di trasformazione dei modelli rappresentativi interni sono più graduali e privi di forti scosse o catastrofi. Tuttavia gli A/C traggono dai loro conflitti una capacità più creativa di intuizioni brillanti e di comprensione dei paradossi della vita e del dolore degli altri. Contrariamente ai B che per la loro ingenuità non sanno affrontare ambienti minacciosi, gli A/C capiscono subito, essendo in parte consapevoli delle strategie di falsa affettività e di falsa cognitività, quando si trovano in relazioni manipolatone e sleali.

I soggetti A/C che riprendono gli aspetti compulsivi delle sottoconfigurazioni A. cioè l'inversione di ruoli e l'acquiescenza compulsive, unitamente a quelle più manipolatone di C, hanno imparato a fronteggiare da bambini circostanze molto difficili e pericolose, enfatizzando alcune informazioni e distorcendo comportamenti in maniera da ridurre la probabilità di essere danneggiati, cosicché le strategie autoprotettive hanno preso il sopravvento su un'attenta valutazione dei pericoli effettivi e della realtà, stabilizzandosi in comportamenti e atteggiamenti compulsivi.

Una volta che il soggetto è cresciuto e la sua vulnerabilità è diminuita, questi comportamenti autoprotettivi non sono più commisurati all'entità del pericolo affrontato e possono quindi essere cambiati una volta che la terapia convinca il soggetto della loro scarsa efficacia ai fini dell'adattamento attuale.

Molte forme di malattia mentale possono essere interpretate come tentativi del soggetto di proteggersi, date certe circostanze personali. In altri termini, il comportamento non adattivo nevrotico può essere reinterpretato e razionalizzato dal terapeuta come comportamento adatto ad un ambiente passato ma non più adatto alle condizioni attuali. Cioè il terapeuta può aiutare a modificare i modelli rappresentativi interni attraverso l'integrazione di nuove informazioni, l'uso dei vari sistemi di memoria e utilizzando vari stili terapeutici.

L' Adult Attachment Interview (AAI)

E' uno strumento creato da George, Kaplan e Main nel 1984 per la valutazione dei modelli operativi interni di adolescenti e adulti. E' un'intervista strutturata volta a ricostruire le relazioni di attaccamento dei primi 14 anni di vita e la loro influenza sul successivo sviluppo del soggetto. L'AAI ha permesso di identificare i pattem di attaccamento degli adulti che vengono raggnippati in quattro tipologie principali:

Categoria F (dall inglese "free "): Autonomi - Sicuri. Sono soggetti che, nell'intervista, parlano in modo fluido della loro infanzia e delle loro esperienze di attaccamento, dandone un quadro coerente ed omogeneo. Hanno molto probabilmente vissuto interazioni positive con le figure di attaccamento ma comunque hanno elaborato i loro vissuti infantili e hanno interiorizzato modelli operativi interni caratterizzati da senso di sicurezza.

Categoria E (dall'inglese "entangled"): Preoccupati o coinvolti. Parlano con rabbia e in modo svalutante di episodi della loro infanzia che non sembrano ricordare in modo coerente e organizzato, dimostrano di avere ancora dei "sospesi" con le figure di accudimento e di essere ancora coinvolti in una relazione negativa con esse che determina anche i loro comportamenti relazionali attuali.

Categoria D (dall'inglese "dismissing"): Distanzianti. Hanno pochi ricordi dell'infanzia e negano comunque l'influenza delle relazioni precoci sui loro vissuti attuali e sullo sviluppo della loro personalità. A volte forniscono descrizioni irreali e idealizzate dei genitori.

Categoria U (dall'inglese "unresolved"): Con lutti o traumi non risolti. Hanno subito traumi o perdite di figure significative non ancora sufficientemente elaborati.

Studi di Main, Kaplan e Cassidy hanno dimostrato, come abbiamo detto precedentemente, una significativa correlazione tra le tipologie di genitori secondo 1'AA1 e il tipo di attaccamento dei figli da 1 a 6 anni.

Peter Fonagy, Mary Target: attaccamento e funzione riflessiva

Lo sviluppo della funzione riflessiva

La funzione riflessiva o di "mentalizzazione" (Fonagy, Target 2001) può essere definita come la capacità, acquisita in una certa fase dello sviluppo, di interpretare i propri comportamenti e quelli degli altri in termini di stati mentali. Quando il bambino impara a comprendere il comportamento altrui, impara anche a mettere in atto il comportamento più appropriato per rispondere, in modo adattivo, ai singoli scambi interpersonali.

Dallo sviluppo della funzione riflessiva dipendono la capacità di comprendere le manifestazioni affettive altrui, la capacità di regolazione affettiva, di controllo degli impulsi, di automonitoraggio e di fare esperienza del Sé come agente. All'opposto, la funzione riflessiva è compromessa in tutti quei disturbi che comportano un discontrollo degli impulsi. L'attaccamento ha un ruolo di primo piano nello sviluppo della funzione riflessiva che è favorito da un attaccamento sicuro.

La capacità di attribuire stati mentali intenzionali (scopi, desideri, credenze) a se stessi e agli altri, non è sviluppata prima dei quattro anni di età circa. Tuttavia i precursori di tale capacità (indicare e guardare, o voltarsi e controllare le reazioni della madre in situazioni ambigue) indicano la presenza di una qualche

consapevolezza della mente altrui fin dal primo anno di vita (Stern. 1985).

Già a partire da un’età tra i sei e i diciotto mesi, il bambino comincia a essere in grado di far interagire il suo stato mentale con quello del caregiver. Nel caso, ad esempio, dell’ansia, nel momento in cui la madre rispecchia questo stato emotivo del bambino, offre al figlio la possibilità di riconoscere ciò che egli stesso, in quel momento, sta provando. La rappresentazione che la madre elabora dello stato affettivo del bambino, viene interiorizzata dal bambino stesso tra le rappresentazioni del proprio Sé. Tuttavia, nel caso che quello che sta sperimentando il bambino sia uno stato affettivo negativo, come paura, ansia, angoscia, se il rispecchiamento è qualitativamente equivalente allo stato emotivo del bambino, la percezione che quest’ultimo ha del proprio disagio può tramutarsi in una fonte di paura e perdere il suo potenziale simbolico; se, al contrario, il rispecchiamento non è disponibile, o viene contaminato dalla preoccupazione della madre, il processo di sviluppo del Sé ne viene negativamente influenzato. Invece un rispecchiamento da parte della madre contaminato con manifestazioni affettive positive quali sorrisi, domande, espressioni buffe, ecc., riflette in maniera più complessa, positiva ed elaborata l'emozione del figlio dandogli agio di riconoscere tranquillamente le proprie emozioni. E’ dunque ipotizzabile che l’armonia della relazione madre-bambino contribuisca allo sviluppo del pensiero simbolico e che la sicurezza deH’attaccamento sia significativamente legata alle abilità simboliche in generale ed al processo di mentalizzazione precoce in particolare.

Il senso dell’esistenza di una realtà psichica si realizza nei bambini tra i due e i quattro anni secondo due modalità: quella *dc\V equivalenza psichica,* per cui le idee non vengono riconosciute come rappresentazioni della realtà, ma piuttosto come equivalenti alla realtà, come delle realtà; e quella *dc\ far finta,* per cui le idee sarebbero esperite come rappresentazioni, ma senza essere sottoposte a nessun esame di corrispondenza con la realtà.

bambini piccoli, diversamente dagli adulti, sembrerebbero non considerare i propri stati psicologici come “intenzionali” (basati su ciò che essi credono, pensano, vogliono o desiderano), ma piuttosto come parte di una realtà obiettiva o fisica. Questa è la ragione per la quale essi si comportano come se anche gli altri dovessero avere le stesse esperienze che loro stessi vivono (equivalenza psichica).

Invece nel gioco il bambino piccolo può pensare ai suoi «pensieri come pensieri», proprio in virtù del fatto che essi si trovano chiaramente e deliberatamente spogliati delle loro connessioni con il mondo reale delle persone e delle cose (un bambino, scrivono i due autori, può ad esempio far finta che una sedia sia un carro annato, e tuttavia non aspettarsi che essa spari proiettili reali). D’altra parte il bambino, quando gioca, sa di poter visualizzare un'entità non esistente, infatti capisce subito la frase: “fattene un’immagine nella tua testa”. I bambini usano la metafora della testa come contenitore, all’intemo del quale possono esser creati ed immaginati oggetti e situazioni fantastiche.

Quindi:

Fino ai tre-quattro anni, esistono due modalità di correlare le esperienze interne alla situazione esterna: a) quando ha un assetto mentale "serio” e non ludico, il bambino si aspetta che il suo mondo interno e quello degli altri corrispondano alla realtà esterna, spesso distorcendo l’esperienza soggettiva in modo da poterla combinare con le informazioni provenienti dall’esterno (modalità dell’equivalenza psichica); b) quando è impegnato nel gioco di finzione, il bambino sa che l’esperienza interna non è come la realtà esterna, ritiene che lo stato interno non abbia alcuna relazione con il mondo esterno (modalità del far finta).

Fra il quarto ed il quinto anno di vita le modalità alternative dell’equivalenza psichica e del far finta vengono ad esser sempre più integrate tra loro e si struttura, così, una modalità volta ad interpretare la realtà psichica in chiave riflessiva o mentalizzante e il bambino può rappresentarsi gli stati mentali in quanto tali (funzione riflessiva). E’ quindi capace di riconoscere che questi stessi stati costituiscono delle rappresentazioni e che queste possono essere tanto fallibili, quanto modificabili, proprio perchè confrontabili con quanto accade nella realtà.

Per raggiungere l’integrazione dell’equivalenza psichica e del far finta e per poter attivare la funzione riflessiva, per dar vita ad una realtà psichica pienamente mentalizzante, il bambino ha bisogno di sperimentare ripetutamente tre cose:

i suoi comuni pensieri e sentimenti;

questi stessi pensieri e sentimenti rappresentati (pensati) nella mente del genitore;

la cornice che è costituita dalla normale aspettativa orientata alla realtà da parte del l'adulto.

In altre parole, il bambino ha bisogno di un adulto, o di un bambino più grande che voglia "stare al gioco", così che il bambino possa vedere la sua fantasia o idea rappresentata nella mente dell'altro, quindi reintroiettarla e usarla come rappresentazione del suo stesso pensiero. Durante il gioco, poi, il caregiver fornisce alle idee e ai sentimenti del bambino (quando questi sta solo "facendo finta") un legame con la realtà, indicandogli la possibilità di una prospettiva alternativa, cha sta al di fuori della mente del bambino. Il genitore o il bambino più grande, inoltre, mostrano come la realtà possa essere distorta mediante giochi di recitazione. L'attivo coinvolgimento dei genitori o dei fratelli più grandi aiuta il bambino ad accettare le due realtà, interna ed esterna, senza dover necessariamente scindere il funzionamento dell'Io per mantenere una duplice modalità di pensiero.

Psicoanalisti di orientamenti teorici differenti (Winnicott, Bion, Kohut) hanno ossenato come la capacità di un genitore di riflettere sugli stati mentali altrui possa influenzare notevolmente lo sviluppo della struttura del Sé nel bambino. Tale osservazione implica due assunti: quello dell'esistenza di un Sé psicologico e quello della sua evoluzione attraverso un processo intersoggettivo. In quest'ottica, il bambino impara a riconoscere sempre più l'importanza degli stati mentali (sentimenti, pensieri, desideri e intenzioni) attraverso l'esperienza condivisa di comprensione del suo mondo interno e di quello della persona che si occupa di lui. Questa persona 1) riflette sull'esperienza psichica del bambino, 2) gliela rappresenta, 3) la traduce in un linguaggio a lui comprensibile, quello delle azioni fisiche. Il ruolo del caregiver è quello di fornire uno specchio sociale creativo che possa far cogliere al bambino alcuni aspetti della propria attività psichica e che gli consenta di acquisire una maggiore conoscenza e consapevolezza dei propri stati interni. In altre parole, per sviluppare una funzione riflessiva il bambino ha bisogno: 1) di riconoscere i propri stati mentali rappresentati nella mente dell'altro; 2) di sentirsi percepito daH'altro come essere che pensa.

Il bambino perviene, quindi, all'esperienza mentale di sé, grazie all'attenta osservazione dello stato mentale del suo oggetto, stato mentale all'interno del quale egli impara, oltretutto, ad individuare il modo in cui l'oggetto percepisce i sentimenti del bambino stesso.

Ancora privo di una capacità intrinseca di sperimentare se stesso come mosso da desideri e volontà, e da aspettative e credenze, il bambino, per scoprire la propria soggettività, dipende essenzialmente dalla sua figura di attaccamento poiché egli trova se stesso, come essere intenzionale motivato da stati mentali, pensieri e desideri, nella mente del genitore. Questa rappresentazione, essendo poi interiorizzata, costituisce il nucleo del Sé psicologico del bambino.

Se chi si occupa del bambino è capace di sintonizzarsi efficacemente con lui (Stem) e gli fornisce uno specchio mentale "sufficientemente buono" (Winnicott), il bambino può sperimentare l'illusione di vivere il processo di riflessione aH'intemo dei suoi stessi confini mentali. Quest'illusione si rivela necessaria e auspicabile solamente nei primi periodi dello sviluppo psichico durante i quali aumenta nel bambino il livello di auto-comprensione. Ma ai fini di una buona e ben strutturata organizzazione delle capacità metarappresentazionali occorre che permanga un certo grado di discrepanza tra lo stato mentale del bambino ed il riflesso fornito dal suo oggetto.

Si può ipotizzare che lo sviluppo delle capacità riflessive infantili sia direttamente influenzato dalle modalità relazionali — intese in termini di sensibilità, responsività e disponibilità - con le quali il caregiver esplora ed

elabora il microcosmo emotivo e percettivo del bambino. Un pattem di attaccamento sicuro predispone i bambini a beneficiare di quei processi d'interazione sociale che sono indispensabili ad agevolare la comprensione delle dinamiche interpersonali e allo sviluppo di tutti quei processi metacognitivi che sono direttamente implicati nell'organizzazione del Sé.

Le modalità interattive principali che facilitano l'evoluzione dello sviluppo metacognitivo sono essenzialmente tre:

11 far finta. E' stato dimostrato che i bambini di circa tre anni che entrano con più prontezza in un'interazione cooperativa e, più specificamente, in giochi di finzione, mostrano capacità di mentalizzazione e di comprensione emozionale superiori. Infatti il gioco simbolico offre una "zona di sviluppo prossimale" per le abilità cognitive volte a favorire la capacità di mentalizzazione. E' stato dimostrato che i bambini in età prescolare con attaccamento sicuro (B) partecipano in modo più coinvolto ai giochi di fantasia rispetto ai bambini evitanti (A), il cui interesse verso questo tipo di attività e la relativa capacità di finzione in ambito ludico sono piuttosto limitati.

Il parlare. I discorsi sui sentimenti e sui motivi che sono alla base delle azioni da parte dei genitori facilitano nei figli il raggiungimento relativamente precoce della funzione riflessiva. E' stato inoltre dimostrato che bambini di tre anni le cui madri davano spiegazioni spontanee sulle proprie emozioni, mostravano, nei successivi quindici mesi, un'aumentata comprensione delle emozioni. I modelli d'interazione madre-bambino, caratteristici delle diadi sicure — gioco condiviso, atteggiamento di conforto, giocosità -, sono contesti al cui interno le spiegazioni materne degli stati mentali svolgono un ruolo particolarmente facilitante ai fini dello sviluppo della funzione riflessiva. L'attaccamento sicuro potrebbe allora generare modelli d'interazione verbale tra caregiver e bambino volti a sostenere il pensiero sui sentimenti e sulle intenzioni.

L'interazione con il gruppo dei pari. Ci sono prove a sostegno di un forte legame tra l'attaccamento sicuro nell'infanzia e lo sviluppo di competenze nel gruppo dei pari, cioè il senso dell'orientamento sociale, la reciprocità, la popolarità, e l'empatia. L'interazione con il gruppo dei pari aumenta le possibilità del bambino di immaginare cosa vedrebbe, penserebbe o sentirebbe se si trovasse al posto di un'altra persona.

Sé alieno e attaccamento disorganizzato

Nelle famiglie in cui la capacità riflessiva del genitore è molto compromessa o nei casi di abuso infantile, viene a mancare la possibilità per il bambino di sperimentare i propri stati mentali attraverso l'identificazione dello stato mentale dell'oggetto. Infatti la rappresentazione di sé che il bambino può scoprire nella mente di un genitore che lo maltratta è terrificante perché carica d'odio e di disprezzo, mentre quella che potrebbe scoprire nella mente di un genitore privo di funzione riflessiva è del tutto inconsistente. In situazioni simili, dunque, al bambino non è consentito sperimentare quella comprensione condivisa che va a formare il Sé riflessivo. Il bambino, in questo caso, ricorre ad alcune strategie drastiche come l'evitamento e l'aggressività. A tal proposito Winnicott ci illustra come il bambino sviluppi un falso Sé, volto ad assecondare il caregiver, ad assimilarne le scarse abilità riflessive e ad evitare, pertanto, la vera e propria riflessione. In altre circostanze, invece, si potrebbe verificare una fusione tra la struttura del Sé del bambino e la messa in atto di strategie comportamentali di matrice evitante, una fusione che potrebbe dar luogo ad una massiccia inibizione dell'espressione emotiva di sé.

Un altro tipo di strategia difensiva consiste nello sviluppo dell'aggressività. Tuttavia l'uso dell'aggressività come strumento principale di protezione del Sé - strategia efficace a breve termine - risulta un'opzione inadeguata se messa a confronto con la portata della minaccia che le difese psichiche del bambino dovrebbero affrontare e se relazionata alla fragilità costituzionale della struttura che tali difese si proporrebbero di difendere. Inoltre si può verificare una fusione patologica tra il Sé e l'aggressività: questa condizione è la matrice originaria della distruttività insensata e di altre disastrose conseguenze.

Lo sviluppo della capacità di mentalizzazione può quindi risentire negativamente deH'influenza esercitata da un ambiente familiare fisicamente ostile ed abusante. I bambini maltrattati, forse ancora più di quelli insicuri, non riescono a trovare il proprio "essere intenzionale" nella mente del caregiver. 1 bambini abusati, diversamente dai loro coetanei non maltrattati, durante il riconoscimento di se stessi allo specchio, manifestano affetti negativi o neutrali. 1 bambini con una storia di maltrattamento non presentano ritardi o difficoltà nel linguaggio ricettivo bensì in quello produttivo. La natura specifica del loro deficit consiste nel limitato utilizzo di parole volte a descrivere il loro stato interno. Essi dimostrano, inoltre, un utilizzo quantitativamente limitato dei vocaboli utili ad indicare stati cognitivi e credenze. 1 bambini in età scolare maltrattati, per definire gli stati interni, usano un numero inferiore di parole dei loro coetanei non abusati. Come in una sorta di ritiro dal mondo mentale, essi controllano l'ansia modificando il loro linguaggio e facendo in modo di escludere contesti ed immagini legati al ricordo del maltrattamento.

Il maltrattamento, o più in generale il trauma, scoraggia il bambino dall'assumere la prospettiva mentale e ideativa altrui. Per questo motivo, al bambino viene poi a mancare quel fattore protettivo individuabile nella capacità di comprendere le situazioni interpersonali traumatiche, fattore che gli consentirebbe di limitare l'impatto emotivo scaturito dall' esperienza ripetuta di abuso.

L'idea fondamentale espressa dalla teoria dell'attaccamento riguardo alla violenza è che alla sua origine vi sia una persistente incapacità del genitore di riconoscere lo stato soggettivo del bambino durante la prima infanzia.

Un esempio può chiarire la questione: un bambino molto piccolo comincia a battere con violenza, ma ritmicamente, un oggetto su un tavolo. Il nonno lo sgrida accusandolo di essere cattivo, perché sciupa il tavolo: il bambino si agita e si arrabbia, piange e urla. Richiamata dalle grida, sopraggiunge la mamma. Si avvicina al bambino che le molla uno schiaffo. A questo punto ci sono due possibilità: I) La mamma capisce l'intenzione iniziale del bambino e il motivo della sua rabbia: corre a prendergli un piccolo tamburo e una bacchetta o qualcosa di simile. Il bambino batte contento sul tamburo e diviene consapevole dell'oggetto e dell'intenzione che aveva e che era quella di produrre un suono ritmico per lui piacevole e divertente. 2) La mamma sgrida o restituisce lo schiaffo al bambino. Questi verifica l'impossibilità di trovare riscontro alla sua intenzione nella mente della mamma, gli rimane soltanto la possibilità di provare rabbia: episodi ripetuti di questo genere fanno sì che l'aggressività divenga un'attitudine del Sé del bambino.

Una ricerca che Fonagy e collaboratori hanno condotto, presso la Menninger Clinic, su bambini maltrattati dai cinque agli otto anni, ha rilevato la presenza di deficit specifici nei compiti che richiedevano una mentalizzazione, soprattutto tra quei bambini che erano in carico per abusi sessuali o fisici. Questi risultati ci suggeriscono che il maltrattamento può spingere i bambini a ritirarsi dal mondo mentale. 1 loro comportamenti di attaccamento e la loro ricerca di vicinanza sono disorganizzati perché essi sono alla disperata ricerca di una vicinanza fisica mentre, allo stesso tempo, cercano di creare una distanza mentale.

Tutto ciò accade, innanzitutto, perché il riconoscimento degli stati mentali dell'altro maltrattante può risultare pericoloso per il Sé in via di sviluppo: infatti, il bambino che riconosce l'odio insito nell'abuso perpetrato dal genitore è costretto a vedersi come qualcuno che non può essere amato. Secondariamente, gli stati intenzionali possono essere negati o distorti; i genitori che abusano dei bambini spesso sostengono di avere sentimenti o pensieri totalmente in contrasto con il loro comportamento. In questo modo il bambino non può mettere alla prova o modificare le proprie rappresentazioni. Terzo, il mondo esterno alla famiglia, ambiente in cui la funzione riflessiva è frequentemente utilizzata, può proporre modelli alternativi di esperienza di sé che vengono rigidamente separati dal contesto di attaccamento. Quarto, la disfunzione può sorgere non in seguito al maltrattamento, ma per Tatmosfera familiare in cui il bambino vive. E' noto, infatti, che anche un atteggiamento genitoriale autoritario, che spesso si trova peraltro associato al maltrattamento, come nell'esempio di prima, possa ritardare lo sviluppo della mentalizzazione. Le madri di questi bambini, facendo fatica ad assumere un atteggiamento giocoso, priverebbero i loro figli di quel sostegno sociale fondamentale ai fini di uno sviluppo della capacità riflessiva.

L’attaccamento disorganizzato svolge poi un ruolo nel successivo disadattamento dell'individuo, attraverso la graduale cristallizzazione di modelli operativi caratterizzati da sfiducia, rabbia, ansia e paura.

L’interiorizzazione da parte del bambino dell’immagine che il genitore ha di lui in quanto essere dotato di intenzioni, riveste, come abbiamo precedentemente sottolineato, un ruolo fondamentale per l’organizzazione del Sé. Se questa immagine è accurata, la rappresentazione di sé del bambino sarà tracciata sulla base di ciò che possiamo definire “Sé costituzionale” (l’esperienza del bambino di un reale stato dell’essere, il Sé come è). Nel l’attaccamento disorganizzato, invece, lo sviluppo di un’immagine di sé così organica, viene ad essere preclusa. L’esperienza interna, infatti, non combaciando con il riflesso esterno, resta indefinita e confusa. Nel caso in cui il bambino non riuscisse a trovare riflesso il proprio stato presente, interiorizzerà, come suggerisce Winnicott, lo stato proprio della madre come parte della struttura del Sé. Nel caso in cui si trovasse di fronte ad un genitore spaventato o abusante, il bambino assumerebbe, come parte di sé, 1) i sentimenti di rabbia, odio e paura nutriti dal genitore, 2) la conseguente immagine spaventosa ed ingestibile che egli possiede di lui, in altre parole, assumerebbe su di sé un *Sé alieno*, quello del genitore. In questa situazione, l’unica soluzione capace di garantire al bambino la formazione di una rappresentazione di sé sopportabile e coerente è quella di espellere questa immagine del Sé alieno.

Questo insieme di eventi costituisce, secondo Fonagy e Target, la base delTattaccamento disorganizzato, infatti: 1) il comportamento disorganizzato del bambino viene sostituito, durante i primi cinque anni di vita, da strategie comportamentali di tipo aggressivo “tese a controllare” il genitore; 2) i genitori sentono che il bambino assume il controllo e che loro stessi sono sempre più impossibilitati a muoversi e ad accudirlo; 3) le madri dei bambini disorganizzati descrivono questi bambini come repliche di loro stesse, e sentono di fondersi con loro; 4) la maggior parte degli studi di follow-up mostra un’associazione tra l'attaccamento disorganizzato e livelli devianti di comportamento aggressivo.

Affinché la rappresentazione di sé aliena possa essere sperimentata come esterna, è necessario che il bambino mantenga un elevato livello di controllo nei confronti della madre. Questa strategia viene rinforzata dal fatto che i comportamenti offensivi e minacciosi del bambino obbligano l’adulto a riattivare — attraverso un atteggiamento autoritario - il sistema di cure genitoriali temporaneamente abbandonato. Non a caso, i bambini che durante la loro infanzia presentano tale modalità di interazione con il proprio caregiver, nel momento in cui vengono a trovarsi da soli, si sentono poco sicuri proprio in virtù di una rappresentazione torturante dalla quale non possono scappare, una rappresentazione carica di significati persecutori e sperimentata come interna al Sé. A meno che la relazione con la figura di attaccamento non consenta loro di effettuare un'efficace esteriorizzazione di questa immagine aliena al Sé, gli individui in questione si sentono in pericolo di sparire, di subire una fusione patologica completa, di perdere ogni confine relazionale e di smarrire ogni senso di coerenza intema.

Nella vita adulta, la rappresentazione di sé si manifesterà ancora come un enorme bisogno di controllare gli altri. Gli uomini violenti hanno, a tal proposito, bisogno di stabilire una relazione all'intenio della quale la partner funga da veicolo per gli stati intollerabili del Sé. Essi manipolano la relazione in modo da generare in lei quell’immagine di loro stessi di cui non vedono l’ora di liberarsi e ricorrono alla violenza nel momento stesso in cui l’esistenza autonoma dell’altro minaccia questo processo di esteriorizzazione. In questi momenti essi agiscono con violenza perché sono mossi dal terrore che la coerenza del Sé possa venir distrutta dal ritorno di quella parte aliena di sé che in precedenza avevano espulso e deposto nell’altro.

L'atto violento ha quindi una duplice funzione: ricreare e sperimentare il Sé alieno all'interno dell’altro e distruggerlo nella speranza inconscia che scompaia per sempre.

Obiettivi terapeutici

Secondo Fonagy e Target gli interventi terapeutici con i bambini sulla funzione riflessiva dovrebbero avere i seguenti obiettivi:

influenzare i processi mentali influenzando le rappresentazioni di sé e degli altri;

verbalizzare gli stati interiori e discriminare i sentimenti;

scomporre le esperienze che i bambini non riescono a immaginare e che li rendono angosciati in entità più maneggevoli che il bambino possa gestire meglio;

sviluppare rappresentazioni interiori degli affetti che consentano al bambino di padroneggiare i propri sentimenti;

facilitare la comprensione dei rapporti di causa-effetto nelle relazioni;

aiutare il bambino a distinguere Tintemo dall'esterno, il reale dall'irreale;

stabilire limiti, spiegando il senso dei limiti stabiliti;

stabilire una reciprocità di dare e avere;

sviluppare la capacità di tollerare la frustrazione e posporre la gratificazione;

aiutare lo sviluppo di un atteggiamento 'come se' che sospenda la realtà e favorisca la fantasia;

mettere a confronto gradualmente il bambino con idee opposte e in conflitto tra loro, ampliando la possibilità di cambiamento (Bleiberg. Fonagy, Target 1997, p. 322).

Daniel Stern

I sensi del Sé

Le teorie di Stern sullo sviluppo e sulla psicoterapia infantile appartengono all'area *ùeW'infant research* che integra la prospettiva psicoanalitica, a cui apporta nuovi contributi, con le più recenti ricerche in psicologia dello sviluppo.

Stern critica il concetto di narcisismo primario, la fase autistica e simbiotica della Mahler, di cui è stato allievo, perché li ritiene frutto di una visione adultomorfica priva del supporto sperimentale.

Il bambino secondo Stem (che fonda i suoi assunti su basi osservative e sperimentali) è fin dalla nascita:

) Impegnato nella ricerca di stimoli.

Impegnato attivamente in processi interattivi.

Capace di sperimentare l'emergere di un'organizzazione del Sé (senso del Sé).

Già predisposto a distinguere tra sé e l'altro.

Capace di utilizzare i processi interattivi per la regolazione dei processi di organizzazione e costruzione del proprio Sé.

Il processo di sviluppo è continuo ed è contrassegnato da diverse modalità di sperimentare la propria organizzazione del Sé, cioè da diversi *sensi del Sé,* che si aggiungono e si sovrappongono lungo lo sviluppo. I primitivi sensi del Sé non vengono sostituiti dai successivi ma permangono insieme a quelli nell'individuo maturo e funzionano simultaneamente.

[...] dobbiamo chiederci: che tipo di senso del Sé può esservi in un bambino in fase preverbale? Per "senso" intendiamo qui la semplice coscienza, distinta dalla consapevolezza autoriflessiva. Stiamo parlando di esperienza diretta, non di pensiero. Quando dico "Sé" mi riferisco a uno schema stabile di consapevolezza che si presenta solo in occasione di azioni o di processi mentali dell'infante. Un tale schema è una forma di organizzazione; è l'esperienza soggettiva organizzante di ciò a cui in seguito ci si riferirà verbalmente come al "Sé". Questa esperienza soggettiva organizzante è la controparte esistenziale, preverbale, del Sé oggettivabile, autoriflessivo e verbalizzante [...] Mi concentrerò quindi soprattutto su quei sensi del Sé la cui grave compromissione potrebbe danneggiare il normale funzionamento sociale portando anche alla follia o a gravi deficit sociali. Tra questi, consideriamo il senso di essere soggetti agenti (senza il quale possono aversi paralisi, la sensazione di non essere padroni delle proprie azioni, l'esperienza della perdita di controllo degli agenti esterni); il senso di coesione fisica (senza il quale possono aversi frammentazione deH'esperienza corporea, spersonalizzazione, esperienze extracorporee, derealizzazione); il senso di continuità (senza il quale possono aversi dissociazione temporale, stati di fuga, amnesie, e la perdita della sensazione di continuità dell'esistenza, del *going on being,* per usare un'espressione di Winnicott); il senso dell'affettività (senza il quale possono aversi anedonia e stati dissociativi); il senso di un Sé soggettivo in grado di stabilire rapporti intersoggettivi con altri (senza il quale può esservi solitudine cosmica o, all'altro estremo trasparenza psichica); il senso di essere produttore di organizzazione (senza il quale può esservi il caos psichico); il senso di poter comunicare significati (senza il quale possono aversi esclusione dalla cultura, scarsa socializzazione e mancata validazione delle conoscenze personali). In breve, questi sensi del Sé costituiscono le fondamenta deH'esperienza soggettiva dello sviluppo sociale normale e di quello anormale (Stern 1985, pp. 24-25).

Il senso del Sé è dunque l'esperienza diretta che il soggetto fa dei propri processi intemi di organizzazione delle esperienze vissute e coincide con quei processi. E' quindi p re-ri Hess ivo (non autoriflessivo) e pre-verbale, e nasce dall'incontro tra;

l'esperienza di sé in rapporto con l'ambiente e con gli altri;

il modo in cui il bambino organizza interiormente quella esperienza dando ordine agli stimoli ricevuti. Questa organizzazione è resa possibile dalla innata capacità di percepire caratteristiche invarianti (costanti) nella varietà dei vissuti soggettivi e di astrarle generalizzandole (inconsapevolemente) per applicarle a successive esperienze.

Il senso del Sé, mano a mano che si organizza, diviene una struttura mediante la quale il soggetto tenderà successivamente ad organizzare gli eventi interpersonali.

Lo sviluppo dei sensi del Sé si presenta in modo discontinuo come un processo soggetto a grandi cambiamenti qualitatitivi.

I sensi del Sé sperimentati dal bambino sono:

Emergente 0-2 mesi

Nucleare 2-6 mesi

Soggettivo 7-15 mesi

Nerbale 15-18 mesi

Narrativo 3-4 anni

Io penso che siano questi cambiamenti nei sensi del Sé a costituire il nucleo centrale dei salti evolutivi e non le questioni o fasi tradizionali della vita come quelle orali, anali, dell'attaccamento, dell'autonomia e via dicendo. Le sequenze evolutive di Margareth Mahler e di Melanie Klein si avvicinano a ciò di cui sto parlando in quanto si riferiscono a cambiamenti nel senso del Sé e dell'altro. Tuttavia, fenomeni come l'attaccamento, la fiducia, la sicurezza, l'indipendenza, l'autonomia e la fusione non sono fasi sensibili dello sviluppo precoce ma sono problemi che rimangono presenti per l'intero arco della vita. In questo senso si avvicinano maggiormente al concetto di linee evolutive. La maggior parte di questi temi clinici, come l'attaccamento e la sicurezza, sono presenti per tutto il corso della vita e non appartengono a una fase particolare. Ciò che sembra avere una certa specificità legata alla fase è l'emergenza in età evolutiva dei differenti sensi del Sé (Stern, 1989).

Senso del Sé emergente

L'inizio dell'integrazione e dell'organizzazione dell'esperienza avviene nei primi due mesi di vita attraverso due funzioni fondamentali:

Percezione amodale', la capacità di ricevere un'informazione attraverso una modalità sensoriale e di tradurla in un'altra modalità. Attraverso questa capacità il bambino comincia a cogliere certe qualità deH'esperienza, ad astrarle dalle singole esperienze, dai singoli episodi sensoriali, a categorizzarle come costanti per collegare tra loro (in costellazioni) le esperienze in cui quelle costanti si ripresentano. Queste costanti riguardano soprattutto l'intensità, il tempo-ritmo, la forma.

Affetti vitali: il termine indica qualità sottili dei sentimenti coinvolti negli eventi percettivi, sentimenti che non trovano posto nella classificazione delle emozioni tradizionali quali la rabbia, la paura, la gioia, la tristezza. Indicano invece qualità dell'esperienza che si esprimono meglio in termini dinamici e cinetici come: "fluttuare", "svanire", "esplodere", "crescere", "decrescere" "trascorere" e così via. Un sorriso, ad es., può essere "esplosivo" e poi "svanire". «Nella maggior parte delle trattazioni sugli affetti quelli che sono chiamati affetti vitali verrebbero fatti rientrare nella dimensione indefinita e onnicomprensiva del livello di attivazione *(arousaI)»* (Stem et al. 1984, p. 181). Sono sentimenti indotti da modificazioni di stati motivazionali, appetiti, tensioni, o, come anche li chiama Stem, *profili di attivazione* che possono essere astratti da una singola esperienza, esistere quindi in forma amodale ed essere applicati ad un'altra esperienza che quindi va a costituire una costellazione con la prima. Cioè diverse esperienze sensoriali, con profili di attivazione simili, possono essere percepite come identiche. Per es., la mamma che calma il bambino dicendo buoooono, buooono, modulando il suono con il contatto della mano che carezza il piccolo (da intenso a sfumato per ogni buooono) (Stem 1985, p. 73). Il calmare è percepito dal bambino come identico profilo di attivazione che collega sensazioni acustiche e tattili.

neonati non vivono dunque le stesse esperienze degli adulti in maniera meno organizzata; emozione, azione, percezione, cognizione, sono concetti che non possono servire a definire la loro esperienza.

Essi [i neonati] colgono sensazioni, percezioni, azioni, cognizioni, stati motivazionali interni, stati di coscienza, e li esperiscono direttamente come intensità, forme, schemi temporali, affetti vitali, categorie affettive e toni edenici [piacere/dolore]. Questi sono gli elementi fondamentali della loro esperienza soggettiva precoce. Le cognizioni , le azioni, le percezioni, in quanto tali, non esistono. Tutte le esperienze vengono ricomposte in forma di costellazioni organizzate mediante la combinazione degli elementi soggettivi di base [...] egli gradualmente e sistematicamente ordina questi elementi dell'esperienza per identificare costellazioni di costanti relative al Sé e all'altro. E ogniqualvolta si sia formata una costellazione, il bambino esperisce l'emergere dell'organizzazione (Ivi, p. 82).

Quindi gli elementi di queste organizzazioni emergenti sono diversi da quelli degli adulti che credono di esperire continuamente delle unità organizzate, come percezioni, pensieri, azioni. Tuttavia questo mondo dell'organizzazione emergente rimane attivo durante la formazione di tutti i successivi sensi del Sé, è anzi il campo fondamentale della soggettività, della creatività, è la matrice esperienziale permanente che opera al di fuori della consapevolezza ma da cui derivano poi le forme definite delle nostre percezioni, dei nostri pensieri, dei nostri sentimenti adulti.

Il processo di organizzazione del Sé emergente tende ad integrare l'esperienza e a porre le basi per l'organizzazione futura del Sé.

Senso del Sé nucleare

Dopo i tre mesi i bambini si affacciano alla situazione interpersonale con una maggiore integrazione del senso di Sé e della differenza dall'altro.

Perché si possa formare il senso di un Sé nucleare, il bambino deve fare alcune esperienze del Sé:

Sé agente: il bambino deve sentirsi autore delle proprie azioni e avere il controllo degli atti.

Sé dotato di coesione: deve sentire di essere un'entità fisica intera non frammentata.

Sé affettivo: sperimenta qualità affettive.

Sé storico: senso di continuità con il proprio passato e sensazione di regolarità nel flusso degli eventi.

«Il senso di un Sé nucleare risulta dall'integrazione di queste quattro fondamentali esperienze di sé in una prospettiva soggettiva sociale» (Ivi, p. 85). Ognuna di queste esperienze può essere definita come una costante del Sé: costante, nel senso che questi aspetti non cambiano mentre tutto il resto può cambiare. 11 compito del bambino è integrare tutte queste costanti in un'unica prospettiva soggettiva approfittando delle occasioni offerte dall'ambiente. Ad esempio, dopo i due mesi sono presenti il sorriso sociale e i vocalizzi diretti agli altri per cui il piccolo diventa un interlocutore attivo e intensamente sociale. La presenza di un bambino stimola gli adulti a particolari comportamenti, come fare facce con un'espressività esagerata, parlare in toni acuti, guardare il bambino a distanza ravvicinata. In effetti questi comportamenti corrispondono alle predisposizioni percettive del bambino per cui costituiscono per lui degli stimoli interessanti da cui egli dovrà estrarre le costanti che definiscono l'altro.

«I genitori presentano di solito i loro comportamenti esagerati secondo un modello del tipo "tema con variazioni"» (Ivi, p. 86), cioè alcune costanti della loro comunicazione facciale e verbale sono intervallate da elementi che cambiano. Questo è fondamentale per l'organizzazione del Sé del bambino, infatti:

[...] una delle tendenze fondamentali della mente, che nei bambini si manifesta molto presto, è la tendenza a ordinare il mondo attraverso la ricerca di costanti. Un modello ideale per insegnare ai bambini a identificare le costanti interpersonali deve essere tale che ogni successiva variante sia nello stesso tempo familiare (per la parte che è ripetuta) e nuova (per la parte che è cambiata). I bambini giungono cosi a osservare un comportamento complesso e a notare quali parti di esso possano essere, per così dire, cancellate, e quali debbano invece restare immutate perché esso rimanga tale. Apprendono a identificare le caratteristiche costanti del comportamento interpersonale (Ivi, p. 87).

Rispetto al tema con variazioni, ogni bambino ha un proprio livello ottimale di eccitazione piacevole, oltre il quale l'esperienza diventa spiacevole e al di sotto del quale non produce alcun interesse nel bambino. Ogni Madre sa quindi come produrre una *stimolazione ottimale* per il proprio piccolo.

Da parte sua anche il bambino regola il livello di eccitazione stornando lo sguardo per interrompere una stimolazione eccessiva, e servendosi di smorfie e di sguardi per ricercare e promuovere nuovi e più alti livelli di stimolazione quando il livello di eccitazione sia sceso troppo in basso. [...] I bambini sperimentano altresì ampiamente il ruolo svolto dalla madre nel regolare il loro livello di eccitazione, e cioè fanno l'esperienza di essere con un altro che li aiuta ad autoregolarsi (Ivi, p. 88).

Dunque vediamo adesso quali sono le *costanti principali* (che Stem chiama anche *isole di coerenza)* che organizzano l'esperienza del Sé nucleare. Innanzitutto i programmi motori del Sé agente che vanno incontro a rinforzi. Poi, per quanto riguarda la coesione del Sé, i bambini sperimentano che i comportamenti di un'altra persona hanno un luogo di origine separato da quello dei propri; vi è coesione nel movimento, nel senso che le cose che si muovono compatte nel tempo appartengono alla stessa entità; c'è una coesione nella struttura temporale per cui, tutti gli stimoli che emanano dal Sé, hanno una struttura temporale diversa da quelli che emanano da un'altra persona; il bambino percepisce le proprie strutture di intensità (ad esempio nella rabbia il volume della voce corrisponde al movimento corporeo) come diverse da quelle degli altri; il bambino riconosce la costanza della forma (ad esempio il viso della madre) al mutare delle sue espressioni; costanti rimangono anche i profili di attivazione e le qualità delle emozioni percepite dal bambino come proprie; esistono prove che il bambino ha le capacità necessarie per conservare una memoria motoria, percettiva e affettiva.

Come avviene allora l'integrazione di tutte queste costanti?

Stern lo spiega attraverso un esempio:

Mettiamo che un bambino abbia sperimentato una volta un dato episodio avente i seguenti attributi: essere affamato, essere portato al seno (con le relative sensazioni e percezioni tattili, olfattive e visive), ruotare la testa, aprire la bocca, cominciare a succhiare, ingoiare il latte. Definiamo questo insieme un episodio "seno-latte". La volta successiva, quando si verifica un episodio analogo, se il bambino riconosce che la maggior parte degli attributi dell'attuale episodio "seno-latte" sono simili a quelli dell'episodio precedente, si saranno verificati due *specifici* episodi "seno-latte". Due possono bastare, ma sicuramente, se se ne presentano molti altri con somiglianze individuabili e differenze di poco conto, il bambino comincia presto a formarsi lo schema di un episodio *generalizzato* "seno-latte". Questa memoria generalizzata costituisce una memoria personale, individualizzata, di come le cose presumibilmente si presenteranno di momento in momento. L'episodio generalizzato "seno-latte" non è più un ricordo specifico in sé; è un'astrazione da molti ricordi specifici, ognuno inevitabilmente un poco diverso dall'altro, che produce una struttura mnestica generalizzata. E', per cosi dire, un'esperienza media divenuta prototipica (Ivi, pp. 107-108).

Ogni episodio generalizzato contiene diversi episodi specifici ma è una struttura astratta data dalla media dei singoli episodi che si sono depositati nella memoria episodica. Vengono cosi unificati i vari attributi dell'azione, della percezione e dell'affettività in un'unica esperienza del Sé.

La stessa modalità riguarda gli episodi interpersonali di vario genere. Anche questi episodi vengono riportati alla media e divengono rappresentazioni di interazioni generalizzate *(RIG), cioè schemi dell'essere con* l'altro. Le RIG sono perciò le unità di base per la rappresentazione del Sé nucleare e per l'integrazione del Sé agente, del Sé dotato di coesione e del Sé affettivo. In conclusione dunque i bambini hanno la capacità di aggregare tra loro esperienze varie e di estranie un prototipo medio a cui cercheranno di assimilare le esperienze future simili. Questo avviene soprattutto e più precocemente con le esperienze interattive. Qui il bambino, come nel gioco o neH'attaccamento. fa esperienza di un *altro regolatore del Sé.* Nel gioco anche ripetuto, ad esempio, vi sono sempre novità introdotte dall'altro, variazioni, che modificano e amplificano la RIG precedente che il bambino si era costruito sullo stesso gioco.

Senso del Sé soggettivo

La tappa successiva del senso del Sé viene raggiunta quando il bambino si rende confo di avere una mente e scopre che anche gli altri ce l'hanno [...] che le esperienze della sua vita interiore, i "contenuti" della mente, sono potenzialmente condivisibili con gli altri (Ivi. p. 134).

Le prove di questo cambiamento si hanno in alcuni piccoli comportamenti signficativi: ad esempio il bambino indica un oggetto poi si gira a guardare il volto della madre per verificare se anch'essa sta guardando lo stesso oggetto ed esplora il sentimento che il suo sguardo lascia trasparire. 1 bambini poi divengono sempre più bravi nel manifestare le proprie intenzioni e nell'indirizzare chi sta loro vicino verso un oggetto desiderato per soddisfare la propria volontà. Si verifica dunque una certa compartecipazione degli stati affettivi con gli altri. In genere gli scambi protolinguistici, che riguardano intenzioni e oggetti, hanno una forte componente affettiva e riescono a trasmettere lo stesso significato, forse ancora più profondo, che quello trasmesso con l'uso delle parole.

Un processo molto importante di questo periodo riguarda la *sintonizzazione degli affetti*. Facciamo un esempio:

Una bambina di nove mesi è molto eccitata dalla vista di un giocattolo e cerca di impadronirsene. Quando ci riesce esclama con forza *"Aaaah!"* e guarda la madre. La madre ricambia lo sguardo ed effettua un vigoroso movimento con la parte superiore del corpo, della durata esatta dell' *Aaaah!* della bambina e con lo stesso carattere di eccitazione, gioia e intensità (Ivi, p. 149).

Altre volte il comportamento del bambino è di tipo non vocale e quello del genitore di tipo vocale. I comportamenti attraverso i quali può esprimersi la sintonizzazione sono diversi; i più comuni e frequenti sono le vocalizzazioni, i gesti, le espressioni facciali.

Questo processo si verifica in modo molto rapido: in gran parte in modo inconsapevole e semiautomatico. I processi cognitivi non vi sono coinvolti in modo sufficiente da far pensare che si tratti di un fenomeno analogo a quello deH'empatia. [...] abbiamo deciso di definire questo fenomeno "sintonizzazione affettiva". Con questo temiine intendiamo riferirci all'esistenza di comportamenti che esprimono le qualità del sentimento condiviso senza tuttavia imitarne l'espressione comportamentale (Stern et al. 1984, p. 165).

Dunque nella sintonizzazione non c'è imitazione, perché in quest'ultimo caso si avrebbero modalità espressive formali coincidenti, mentre nel caso della sintonizzazione i due interlocutori si esprimono in modalità differenti. Ma nella sintonizzazione vi è invece una corrispondenza degli stati interni, vi è un sentimento condiviso senza l'imitazione dell'espressione comportamentale. La sintonizzazione dunque consente ai due membri della coppia di risalire ai reciproci stati interni, e spostando l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, di comprendere la qualità dello stato d'animo condiviso. Il bambino apprende a leggere gli stati emotivi dell'altro dietro comportamenti che sono dissimili da quelli che egli usa per esprimere gli stessi stati d'animo. Inoltre sente che i suoi stati d'animo sono riconosciuti e condivisi.

La sintonizzazione, nella sua continuità, non esprime tanto le categorie affettive tradizionali, quanto piuttosto la modulazione degli affetti vitali.

Senso del Sé verbale

Il senso di un Sé verbale si forma con la comparsa del linguaggio, tra i 15 e i 18 mesi. Per il bambino questo periodo rappresenta una fase di trasformazioni e cambiamenti nell'ambito della comicazione e deH'autoriflessività. Comincia ad utilizzare i pronomi, durante gli scambi interpersonali, per riferirsi a sé, dimostra quindi di riconoscere il Sé quale entità oggettiva che si differenzia da altre entità secondo caratteristiche particolari che lo rendono diverso. Hanno inizio i primi rudimentali processi di categorizzazione che gli consentono di percepire le differenze tra gli oggetti esterni. Assume una rilevanza sempre più consistente la dimensione del gioco simbolico funzionale alla sua organizzazione psichica:

Questa nuova capacità di oggettivare il Sé e di coordinare diversi schemi mentali e di azione permette ai bambini di trascendere l'esperienza immediata. Essi dispongono ora dei meccanismi psichici e operativi per partecipare la loro conoscenza ed esperienza del mondo interpersonale, nonché per lavorare su di essa neH'immaginazione o nella realtà (Stern 1985, p. 173).

L’uso del linguaggio permette di sviluppare un’altra modalità dell’essere *con:* usando simboli verbali, la madre e il bambino possono condividere dei significati sull’esperienza personale che possono essere continuamente concordati e ridefiniti. Il bambino può rendere partecipi gli altri delle proprie esperienze con più facilità e creare insieme a loro significati prima sconosciuti.

Una posizione teorica recente suggerisce che i significati verbali sono il risultato di una costruzione congiunta. Un significato non appartiene esclusivamente al bambino al genitore o alla cultura, ma ha una sua propria esistenza; la maggior parte dei significati sono significati costruiti con gli altri. Questo si può osservare anche per categorie su cui sono tutti facilmente d’accordo come quella di “cane”, in cui si potrebbe immaginare che il significato venga semplicemente trasmesso dalla cultura al bambino per il tramite dei genitori piuttosto che per un mutuo accordo. A ogni modo qualunque genitore che desideri lavorare nell’area di sviluppo prossimale del bambino permetterà, all’inizio, che la parola “cane” si riferisca a qualsiasi cosa abbia quattro zampe, che abbia la taglia di un cavallo o quella di un chihuahua. Ogni creatura del genere è a pieno titolo un “cane” cosi come è stato ratificato e concordato tra madre e bambino per un certo periodo di tempo. (La definizione si restringe poi gradualmente.) Gli stati interni - gli stati di coscienza, gli stati affettivi o i desideri che, diversamente dai cani, non possono essere visti, sono più difficili da delimitare e quasi tutti vengono stabiliti come significati costruiti con gli altri (Stem 1989, p. 321).

Tuttavia l’acquisizione del linguaggio ha anche un limite: grosse parti dell’esperienza globale del Sé, tra cui soprattutto quelle del Sé emergente, devono infatti essere scartate per poter far aderire l’esperienza alle possibilità espressive del linguaggio. Queste esperienze non verbalizzate sono costrette a condurre un’esistenza clandestina e a rimanere in certa misura sconosciute, pur essendo assolutamente reali. Affetti vitali, percezioni amodali, avvenimenti interiori, creano un’ineluttabile distanza tra l’esperienza e la sua comunicazione in parole.

Senso del Sé narrativo

La formazione di questo senso del Sé si colloca verso il terzo-quarto anno di vita, periodo in cui il bambino inizia a poter usare il linguaggio per ricostruire, in forma narrativa, le sue esperienze. Questo senso del Sé presuppone ovviamente che si siano già organizzati gli altri sensi del Sé. Esperienze vissute nell’ambito degli altri sensi del Sé possono ora essere trasfonnate e riorganizzate in una narrazione.

La relazione che esiste tra Tesperienza vissuta e la sua versione linguistica è difficile da definire e poco conosciuta. In ogni modo la versione linguistica diventa normalmente la versione ufficiale. Essa diventa la versione di cui ci si sente responsabili. E’ la versione che non può essere negata senza scontrarsi con gli altri, cosa che è molto più facile fare per le esperienze che si verificano nell’ambito non verbale, come, ad esempio, il tono della voce. Ed è questa versione verbale, che non può essere negata e di cui si è responsabili, che presumibilmente costituisce la versione iniziale a partire dalla quale si costruisce una narrazione [...] Quando si racconta la propria esperienza del Sé si fa uno sforzo notevole nel cercare di raccontare esperienze che corrispondono ad ambiti prenarrativi. E' questo, in buona parte, che rende cosi complicate e molteplici queste linee storiche e queste narrazioni (Ivi, pp. 322-323).

Vale anche per il Sé narrativo il problema sorto con il Sé verbale, cioè quello dell’ «effetto alienante del linguaggio sull’esperienza del Sé e sull’ “essere insieme”» (Stem 1985, p. 180).

Le finestre cliniche sulla relazione madre-bambino

E’ sulla base delle interazioni precoci che, secondo Stem, il bambino costruisce i modelli di esperienza soggettiva interna e di relazione che vanno a costituire le rappresentazioni mentali di sé e dell’altro.

Gran parte del pensiero psicoanalitico sostiene che la realtà psichica del bambino comincia con le fantasie innate e consiste soprattutto di fantasie innate. Alcuni terapeuti, come Melanie Klein, sostengono che queste fantasie sono primarie, nel senso che si verificano, se non esattamente nel vuoto interattivo, suscitate solo in minima parte dal contatto interattivo, che viene visto quasi come non specifico. Altri, come Wilfred Bion. sostengono che i bambini hanno delle fantasie latenti («precomprensioni»), organizzate in modo innato ed esperite quando entrano in contatto con una specifica controparte appropriata alla vita interattiva reale. Io sostengo che il bambino ha molte intense preferenze, determinate in modo innato, e tendenze all’azione che influenzeranno fortemente la natura stessa della sua esperienza con il mondo, oltre a determinare con quale parte del mondo oggettivo egli entrerà in relazione (Stern 1995, p. 67).

Stern sostiene dunque che l’ipotesi di fantasie innate è superflua dato che il bambino svilupperà le proprie fantasie e rappresentazioni attraverso l’esperienza delle interazioni vissute secondo le sue innate tendenze all'azione. Le prime interazioni sono ovviamente quelle con la madre.

L'interazione tra madre e bambino è formata dai comportamenti manifesti dei due e dalle rappresentazioni che ciascuno ha deH'interazione. A definire la relazione tra i due non concorrono solo le interazioni bensì anche le rappresentazioni dell'interazione sia del bambino che della madre. La rappresentazione del bambino è determinata dal ricordo di interazioni passate, ed è attraverso quel ricordo che egli guarda e si rappresenta l'interazione attuale. Altrettanto succede per la madre, ma i suoi ricordi sono più complessi e comprendono anche paure, fantasie, ricordi infantili. Poiché le rappresentazioni si basano su esperienze di essere con altre persone, Stern le descrive in termini di *schemi di essere con.* Come si è visto, ogni *schema di essere con è* il modello specifico dell'essere con qualcuno in una determinata situazione abituale della vita quotidiana. Più schemi possono essere collegati insieme da una caratteristica comune a costituire una *rappresentazione di essere con.* Le rappresentazioni materne delle interazioni con il bambino sono reti di *schemi di essere con* relative la bambino, al marito, alla propria madre, alla propria famiglia d'origine, a se stessa. La madre possiede rappresentazioni del suo bambino fin da prima che egli nasca e continua ad averne di nuove ad ogni età del figlio. Queste rappresentazioni della madre sono estremamente importanti per lo sviluppo psichico del figlio; infatti le preoccupazioni, le ansie, le fantasie, le identificazioni proiettive della madre hanno un'influenza decisiva sul suo modo di interagire con il bambino e costituiscono le basi per la formazione dell'identità del figlio.

Ma intervengono sulla relazione col figlio anche, come abbiamo detto, gli schemi della madre relativi al marito che vengono modificati con la nascita del figlio (per es. percepire quest'ultimo come un dono fatto al marito, come un collante coniugale, come una minaccia per la sopravvivenza della coppia, ecc.); relativi alla propria madre, per cui il modo in cui ella pensa e parla di lei e della relazione con lei costituisce il miglior indice predittivo del tipo di attaccamento che la neomadre stabilirà con il proprio bambino e del suo stesso modo di vivere la maternità; relativi alla famiglia, per cui le interazioni con il bambino saranno percepite alla luce di un preesistente "copione familiare" nel quale il bambino verrà ad assumere un ruolo; relativi a se stessa, dato che la sua identità e le sue condizioni di vita cambiano con la nascita e la crescita del figlio.

Questa prospettiva sistemica mette in luce rappresentazioni diverse. Ad esempio, c'è il bambino il cui ruolo sarà quello di garantire la continuità nella famiglia (ad esempio portare avanti il nome, perpetuare l'azienda di famiglia, o diventare la quarta generazione di avvocati). L'influenza di queste rappresentazioni sullo sviluppo del bambino può essere notevole. C'è il bambino che vendicherà un'antica ingiustizia familiare, non ancora risolta, o una contesa o un'onta. C'è il bambino che rende legittimo il matrimonio dei genitori, aprendo la porta della casa dei nonni, che prima non lo accettavano. C'è il bambino che deve svolgere un ruolo cruciale nell'ascesa sociale della famiglia (Ivi, p. 37).

La nascita del figliò inoltre chiude per la madre definitivamente il problema di fare i conti con il proprio passato di figlia.

In concreto le interazioni tra la madre e il bambino piccolo si svolgono attraverso varie reciproche modulazioni delle espressioni facciali e della voce. Sia nelle espressioni del volto che nelle vocalizzazioni materne si notano delle tipiche esagerazioni; in generale i comportamenti materni di risposta al bambino hanno tre caratteristiche salienti: sono accentuati nella loro manifestazione spaziale, in modo da ottenere il massimo di espressività; sono accentuati nella loro dimensione temporale presentando una lenta formazione e una lunga durata; il repertorio è limitato ad alcune espressioni che vengono ripetute di frequente e che si mantengono stereotipate. Dal canto suo il bambino ha almeno tre principali posizioni della testa e direzioni dello sguardo da rivolgere alla madre. La prima posizione è quella centrale in cui il bambino tiene il volto di fronte a quello della madre e la guarda in faccia. La seconda è quella periferica, in cui il bambino, tenendo il volto reclinato rispetto a quello della madre può scorgerne solo i movimenti nel suo campo visivo periferico. La terza posizione

è quella in cui il contatto visivo manca del tutto e il bambino gira la testa di lato di 90°.

L’interazione più intensa è quella faccia a faccia (soprattutto dai due mesi e mezzo ai cinque mesi e mezzo) che ha per unico scopo il divertimento dei due membri della diade. Una madre che si diverte usando le espressioni del volto, la voce, la testa e il corpo è in grado di offrire al bambino una stimolazione ottimale che il piccolo raccoglie; se al contrario essa non riesce a divertirsi o finge di farlo, l'interazione avrà breve durata e non avrà un effetto ottimale. Se il bambino trova interessante il comportamento materno reagisce a sua volta mostrando il proprio piacere che gratifica la madre e la conferma nel suo atteggiamento comunicativo. Il livello ottimale dello stimolo è che sia sufficiente a mantenere l’interesse del bambino ma che non sia eccessivo. Comunque anche quando gli stimoli sono fuori misura, la coppia riesce a ripristinare con successivi aggiustamenti il livello ottimale.

La maggior parte dei giochi avviene secondo una sequenza di movimenti di elevato eccitamento seguiti da momenti di quiete, per poi riprendere nuovamente con un periodo di alto eccitamento. Questa pratica consente alla diade di spostare sempre più avanti il margine di tolleranza del piccolo e il relativo livello ottimale di stimolazione.

Il bambino non è in grado di percepire la vita psichica della madre se non attraverso il suo comportamento concreto nell'interazione; e, come abbiamo detto, l'interagire con il proprio bambino, «momento per momento» costituisce per la madre un «contesto presente del ricordo» in cui facilmente le vecchie rappresentazioni riemergono alla memoria e condizionano le sue esperienze. Il contesto presente costituisce dunque la scena in cui si manifestano le rappresentazioni, i desideri, i timori e le fantasie della madre che diventano determinanti per la loro influenza sul bambino. E’ perciò importante, da un punto di vista clinico, riconoscere come le rappresentazioni della madre operano nell’interazione, per comprendere come esse agiscono sul bambino.

In sostanza per Stern ci sono due livelli complementari di lettura delle interazioni sui quali si articola l’osservazione clinica: il livello etologico e il livello psicologico.

Il livello etologico ci dice che cosa è accaduto, quali azioni e quali motivazioni erano in gioco. Il livello psicologico ci dice, alla luce della storia di vita dell’individuo, perché quelle azioni e motivazioni particolari erano in gioco in quel momento. Ha a che fare con i significati personali legati a quelle azioni e cause, che si trovano al di là dei significati intraspecifici più generali. Il livello culturale media tra i due (Stern 1995, p. 71).

L’interpretazione clinica delle interazioni a livello etologico risponde alle seguenti domande:

Qual è la distanza fisica tra i due partner? C'è avvicinamento o evitamento, e a quale ritmo? Qual è l’orientamento, o il cambiamento di posizione, della pelvi e delle spalle? Cè un orientamento totale verso l’altro («diretto»)? Esiste un movimento per avvicinarsi o allontanarsi dall’orientamento totale? Qual è l’orientamento della testa, cioè la posizione del viso? C’è uno spostamento neirorientamento della testa da parte dei partner verso o dalla posizione diretta faccia a faccia? Lo spostamento è di lato? Con la testa inclinata verso l'alto o verso il basso? Dove guardano gli occhi? Ci si guarda reciprocamente? Lo sguardo reciproco viene evitato con gli occhi, con la testa o con entrambi?!...] Facciamo l’ipotesi che ciascuna di queste azioni sia motivata (solitamente in modo cosciente) da parte dell’attore, e letta inconsciamente da parte del destinatario (Ivi, p. 70).

Secondo una lettura etologica potremmo ad esempio riconoscere l'intrusività materna dai tentativi di costringere il bambino a mantenere il contatto mentre egli cerca di proteggersi e di difendersi. Questa lettura non è una lettura psicologica individuale in quanto, pur riconoscendo il carattere intrusivo del comportamento materno, non ne esplicita i motivi psicologici, come ad esempio le cause nel passato della madre.

La seconda lettura è psicologica individuale, e individualizza la lettura etologica. Perché questa madre? Perché questo bambino? Perché quel tipo di regolazione del contatto? Perché ora? Una lettura clinica completa richiede un commento etologico a livello intraspecifico e un commento psicologico rispetto all'individuo e alla sua esperienza passata (Ivi, p. 71).

Le sequenze interattive sulle quali si focalizza l'osservazione clinica sono sequenze brevi, *microeventi.* Si tratta di interazioni comuni, quotidiane e concrete che si ripetono. Stern a questo proposito fa un rilievo critico sull'osservazione clinica normalmente in uso:

Malgrado la loro palese ovvietà, o proprio a causa di questa, tali microeventi a livello etologico non sono facili da vedere e da descrivere come ci si potrebbe aspettare. E' paradossale che nella psichiatria degli adulti, nella psicologia clinica e nella psicoanalisi siamo cosi ben addestrati a cercare e a «vedere» le cause, le spiegazioni e i significati dietro i comportamenti manifesti (ad esempio il livello psicologico individuale) che tendiamo a diventare ciechi di fronte a ciò che è effettivamente accaduto. Il significato sostituisce la descrizione e la nasconde [...] (Ivi. p. 72).

Se quanto detto riguarda il modo di osservare, occorrono alcune precisazioni su che cosa cercare e a che cosa dare significato in quello che si osserva:

[...] le questioni fondamentali per la clinica, quali la fiducia, rattaccamento, la dipendenza, l'indipendenza, il controllo, l'autonomia, la padronanza, l'individuazione e l'autoregolazione, riguardano l'intero corso della vita. Non sono specifiche della fase o dell'età. Nessun periodo precoce della vita é dedicato specificamente alla scrittura indelebile della versione definitiva di qualcuna di queste questioni. Piuttosto, ci si lavora sopra costantemente.

Ciò nonostante, il modo in cui ci si lavora sopra e le forme che tali questioni assumono cambiano nelle diverse fasi evolutive. Il campo di battaglia si sposta continuamente, ma la guerra può restare la stessa [...] E' la stessa concezione generale dello sviluppo che permette di pensare in termini di punti sensibili o finestre cliniche (Ivi, p. 75).

Le finestre cliniche per osservare gli stessi fenomeni, come ad esempio l'indipendenza o la fiducia, cambiano continuamente di posizione nella vita dell'individuo in seguito allo sviluppo e ai salti che caratterizzano lo sviluppo stesso. Per cui, ad esempio, rintrusività materna sarà osservabile tra i due mesi e mezzo e i cinque mesi e mezzo nell'interazione faccia a faccia che sarà quindi la finestra clinica. Questa cambia dopo i cinque mesi e mezzo e rintrusività sarà osservabile nel modo in cui la madre assume il controllo del gioco oggettuale del bambino. La stessa intrusività sarà leggibile fino ai due mesi nel modo della madre di interferire con l'autoregolazione dell'appetito del bambino.

Da zero a due mesi le finestre cliniche sono l'alimentazione, l'andare a dormire, gli episodi di pianto e consolazione, quindi occorre osservare le interazioni che avvengono attorno a questi eventi e concorrono alla loro regolazione. Da due mesi e mezzo a cinque mesi la finestra clinica è l'interazione sociale faccia a faccia, senza giocattoli o altri oggetti, da cinque mesi e mezzo a nove mesi, è il gioco comune con oggetti:

L'osservazione di come il genitore e il bambino gestiscono la direzione, il tempo, l'attenzione, l'elaborazione, la struttura, il cambiamento di argomento e il disimpegno dal gioco rivela la stessa storia clinica che alcuni mesi prima si poteva cogliere nel gioco faccia a faccia.

L'intrusività, ad esempio, assume una nuova forma in questo nuovo contesto; è visibile nel modo in cui la madre eccede neH'inventare e nel controllare il gioco oggettuale del bambino. Ad esempio, mentre il bambino è abbastanza impegnato con un giocattolo, la madre decide che un altro giocattolo è più interessante [...] così gli porta via il primo e gli offre il secondo [...] Insiste non soltanto perché lo noti, ma perché ne sia affascinato, e nel fare ciò non coglie i suoi segnali di noia (Ivi, pp. 78-79).

Dagli otto ai dodici mesi le finestre evolutive sono due: gli schemi di attaccamento e l'intersoggettività (sintonizzazione degli affetti, lettura delle intenzioni dell'altro, acquisizione di un ruolo intenzionale). L'intrusività materna si mostra nel controllo delle esplorazioni del bambino e nella selezione delle esperienze emotive del bambino con cui sintonizzarsi. Dai diciotto ai ventiquattro mesi «ciò che si osserva in genere è un'interazione ricca in cui il genitore aiuta, struttura ed elabora in risposta alla sensibilità, ai desideri e alle capacità del bambino» (Ivi, p. 80). Questa è la finestra clinica in questo periodo della vita del bambino.

Psicopatologia delle interazioni madre-bambino

L'eventuale patologia della relazione può essere riconosciuta, secondo Stern. nelle interazioni e nelle reciproche modulazioni della coppia madre-bambino e più precisamente occorre porre l'attenzione sulle capacità della diade di stabilire e di recuperare, una volta che venga perso, il livello di stimolazione ottimale per lo sviluppo del bambino. Le oscillazioni rispetto a questo livello ottimale fanno parte della normalità. Il problema sorge quando queste variazioni sono eccessivamente frequenti, nel senso di una sistematica ipo o iperstimolazione, e quando si discostano in modo rilevante dal livello ottimale. Stern considera l'interazione della diade come il risultato del contributo attivo sia della madre che del bambino. Il tipo di interazione e di relazione diadica può essere influenzato allo stesso modo dalle caratteristiche e dalle rappresentazioni materne, dalla capacità della madre di intendere le comunicazioni del bambino cosi come dalle caratteristiche congenite del bambino stesso che possono renderlo più o meno sensibile agli stimoli. La patologia è l'effetto di modelli interattivi distorti ripetuti.

Abbiamo già accennato alle modalità interattive gestite da una madre intrusiva. Possiamo aggiungere che una madre del genere diviene, nello sviluppo di un Sé nucleare, un tipo particolare di compagno evocato: «un altro che ostacola la regolazione del Sé». Per cui il bambino tenderà a generalizzare la sua esperienza con la madre estendendola anche alle interazioni con altri e assumerà un atteggiamento volto ad evitare l'interazione. Un'altra risposta all'intrusività materna sistematica può essere quel modo di guardare che viene definito «sguardo vitreo», cioè uno sguardo opaco che sembra fissare un punto al di là delle persone che ha di fronte.

Prendiamo adesso il caso di una madre depressa, che è fisicamente presente ma psichicamente ed emotivamente assente. Ci sono secondo Stern almeno quattro schemi di *essere con* che vanno a costituire il mondo delle rappresentazioni di un bambino che si relaziona con una madre depressa:

Come il bambino vive le microdepressioni ripetute', il confronto ripetuto con un volto della madre amorfo e privo di espressione produce nel bambino, dopo ripetuti e falliti tentativi di sollecitare la madre a riprendere vita, un aumento dell'imitazione e un calo dell'azione personale. Il bambino cerca l'intimità con la madre attraverso l'imitazione e l'identificazione, quindi sperimenta anch'egli una microdepressione: «la scomparsa dell'animazione, la mollezza della postura, la perdita degli affetti positivi e dell'espressività facciale, il calo dell'attivazione e così via» (Ivi, p. 105).

L'esperienza del bambino di essere un «rianimatore»', il bambino cerca di riportare in vita la madre stabilendo con lei un contatto oculare ed invitandola all'interazione con varie espressioni del viso, della voce, e con movimenti del corpo. Se il suo tentativo talvolta riesce, l'essere un rianimatore si stabilizza come una modalità del suo «essere con» che può svilupparsi poi nella vita adulta come disponibilità ad essere un ammaliatore o un rianimatore.

L'esperienza della madre come contesto di sfondo nel cercare stimolazione altrove: se il bambino sperimenta ripetuti fallimenti nel rianimare la madre, allora si volgerà altrove per cercare stimoli e soddisfare il suo interesse per il mondo. La madre comunque rimane sullo sfondo di questa sua attività e del suo campo visivo per cui questa ricerca di stimoli altrove assume paradossalmente il significato di un comportamento di attaccamento.

L 'esperienza di una madre inautentica e di un Sé inautentico: la madre consapevole della propia scarsa partecipazione all'interazione fa un grande sforzo cercando di apparire in modo corretto, ma non riesce a sentirsi coinvolta. Ne risulta una inautenticità che il bambino percepisce. Cionostante il bambino accetta anche questo livello di interazione e vi si adegua. «Il risultato - per estremizzare — è una falsa interazione tra una falsa madre e un falso Sé» (Ivi, p. 108).

Alcuni disturbi delTinterazione riguardano la sintonizzazione degli affetti. *L'assenza totale di sintonizzazione è* fortemente patogena: la madre pur provvedendo alle esigenze fisiologiche del bambino non riesce a comprenderne gli stati interni e a condividerli con lui. La *sintonizzazione selettiva* si verifica quando vengono riconosciute e condivise solo alcune esperienze psichiche del bambino, quelle che coincidono con le aspettative materne, mentre ne vengono escluse altre, in particolar modo quelle che implicano affetti negativi. Attraverso l'uso della sintonizzazione selettiva la risposta del genitore agisce come uno stampo nel creare e plasmare nel bambino le esperienze psichiche corrispondenti; in tal modo i desideri, le paure, le proibizioni e le fantasie dei genitori segnano le esperienze psichiche del figlio. Questo tipo di sintonizzazione fa parte delle normali transazioni quotidiane ma può accadere che un genitore si sintonizzi in modo eccessivamente selettivo, privilegiando esclusivamente alcuni stati d'animo a scapito di altri. Dato che il bambino desidera l'intimità con il genitore, manifesterà quegli stati affettivi che sente graditi al genitore perché ricevono da lui risposte di sintonizzazione, e svilupperà quindi un falso Sé.

Vi sono poi le *sintonizzazioni imperfètte* in cui il genitore inizialmente si sintonizza con lo stato d'animo del bambino per poi modificare la sua risposta e abbandonare la sintonizzazione quasi volesse annientare l'esperienza del bambino.

Infine le *sintonizzazioni inautentiche* sono quelle che avvengono in modo automatico senza che la madre sia emotivamente coinvolta. Possono verificarsi normalmente in momenti in cui la madre partecipa distratta all'interazione; è importante tuttavia che ciò non si verifichi sistematicamente.

Psicoterapia della coppia madre-bambino

Esistono diversi modelli di intervento che si differenziano tra loro per il riconoscimento o meno della centralità delle rappresentazioni dei genitori come obiettivo terapeutico: negli approcci comportamentisti l'attenzione è rivolta soprattutto a produrre cambiamenti nei comportamenti interattivi, in quelli ad orientamento psicodinamico l'intervento riguarda soprattutto le rappresentazioni della madre su se stessa, il bambino, l'interazione e il ruolo materno. In effetti la maggior parte degli interventi tengono presenti ambedue gli obiettivi.

Essendo la relazione genitore-bambino un sistema complesso di elementi interdipendenti, anche un'azione terapeutica rivolta ad un solo elemento determina una reazione a catena che porta ad una modifica dell'intero sistema. In quest'ottica il punto di *ingresso* al sistema, che viene utilizzato dal terapeuta, può anche essere aspecifico rispetto ai risultati ottenuti con la terapia.

Ogni approccio terapeutico può essere descritto in base a tre aspetti:

La scelta deH'/ngresso per entrare nel sistema relazionale e che diviene oggetto immediato dell'attenzione clinica (per es. le rappresentazioni dei genitori, il comportamento del bambino, l'interazione madre-bambino, il comportamento della madre).

La scelta del *bersaglio dell azione terapeutica* che è l'elemento fondamentale del sistema che il terapeuta si propone di modificare (per es. il comportamento della madre, le rappresentazioni dei genitori).

Le modalità di trattamento (interpretazione, chiarificazione, rinforzo, educazione, sostegno, consiglio, transfert).

Ovviamente non possiamo qui elencare e descrivere i diversi approcci e ci accontentiamo di aver fornito questi caratteri generali. Occorre aggiungere che le terapie tendono anche a dare risalto alle risorse e alle azioni positive della madre in modo da rafforzarne l'autostima.

Le terapie madre-bambino in genere sono brevi e contano dalle tre alle dodici sedute, di solito settimanali. Qualora si rendesse necessario un tempo più lungo, occorrerebbe fare riferimento a diversi tipi di intervento, come ad esempio una psicoterapia personale per la madre. Dato che il tema relazionale che è stato oggetto di intervento può ripresentarsi in forma diversa in diverse fasi dello sviluppo, la terapia può essere ripetuta una o più volte a distanza di tempo.

Il processo di cambiamento nella psicoterapia degli adulti

Stern trasferisce il suo interesse per i microeventi dalla psicoterapia dei bambini a quella degli adulti ed elabora un'interessante modello del cambiamento in psicoterapia, secondo una prospettiva teorica *intersoggettiva*, nell'opera intitolata *II momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana* (2004). Dopo aver definito fenomenologicamente, ma col supporto delle evidenze empiriche, il significato e la consistenza del momento presente, che è un intervallo di tempo di breve durata, Stem ne analizza la costituzione e il valore nella relazione terapeutica partendo da un'analogia, quella fra i microeventi di sintonizzazione affettiva nella relazione madre-bambino e certi scambi intersoggettivi, spesso non verbalizzati, tra paziente e terapeuta. Anche qui prevale, come nell'interazione madre-bambino, una comunicazione emozionale e una conoscenza di tipo prevalentemente procedurale.

La sintonizzazione con la madre permette al bambino di estendere il proprio stato di coscienza. La «coscienza diadica estesa» comporta un forte ampliamento della coscienza del bambino la cui mente acquisisce una maggiore coerenza e può elaborare un maggior numero di informazioni. Dunque la sintonizzazione produce cambiamenti del bambino soprattutto attraverso certi eventi in cui la normale interazione viene scavalcata da nuovi tipi di scambio che comportano maggiori livelli di stimolazione i quali tuttavia vengono ben tollerati dal bambino. Quando viene raggiunto uno stato di coscienza intersoggettiva, avviene una ristrutturazione dell'organizzazione mentale del bambino: Stern pensa che lo stesso fenomeno accada quando paziente e terapeuta raggiungono stati di coscienza intersoggettiva, che sono puramente emozionali e procedurali, quindi impliciti, nel senso che non sono momenti di insight conseguenti ad una interpretazione o non sono solo questo. Per «stato intersoggettivo» Stem intende la conoscenza relazionale implicita condivisa che terapeuta e paziente hanno riguardo a se stessi, all'altro e al modo in cui interagiscono; tale stato è in gran parte una rappresentazione non verbale della loro relazione.

Quindi in questi stati intersoggettivi della diade terapeutica deve avvenire anche una reciproca regolazione degli affetti. Paziente e terapeuta fanno allora l'esperienza di un ampliamento di coscienza attraverso il campo intersoggettivo che hanno condiviso nel momento presente. Da quel momento in poi la loro relazione sarà diversa. Inoltre lo stato di coscienza intersoggettiva riorganizza anche gli aspetti della coscienza del paziente che riguardano le altre relazioni interpersonali, cioè la sua conoscenza implicita, procedurale, del modo di relazionarsi agli altri in generale. Quindi non si tratta di un cambiamento che coinvolge la conoscenza semantica che si realizza attraverso l'insight così come comunemente è inteso il cambiamento in psicoanalisi. 11 cambiamento avviene invece a livello procedurale, a livello cioè delle strategie implicite che guidano il modo di relazionarsi dell'individuo e comporta la creazione di nuovi modi di *essere con* l'altro. Non vi è nessuna necessità di rendere consapevole tale cambiamento delle modalità implicite di relazionarsi perché quel cambiamento si verifichi.

Il processo di *avanzamento* della terapia ha un andamento indefinito, determinabile solo a posteriori e che prescinde in parte dagli obiettivi specifici di breve e lungo termine che la coppia terapeutica si propone (come ad es. la cura dell'ansia nel paziente), benché questi rimangano comunque a definirne la meta:

Quando l'intera seduta terapeutica viene rivista a posteriori, è facile ricostruirne l'andamento, individuarne i temi principali e valutare la sua posizione rispetto alla terapia nel suo complesso. Tuttavia, quando è ancora in corso, il suo andamento appare meno chiaro. Il termine *avanzamento* coglie il processo, spesso lento e poco lineare, attraverso cui si ricerca e si scopre il percorso da intraprendere; si abbandona una strada per poi ritrovarla (o trovarne un'altra); si scelgono gli obiettivi verso cui tendere - obiettivi spesso svelati solo durante il percorso [...] Ciò che spinge in avanti il processo terapeutico è essenzialmente il bisogno di stabilire un contatto intersoggettivo. E' per questo che riteniamo, in generale, che la motivazione intersoggettiva abbia un ruolo specifico nella situazione clinica. 11 processo clinico è sostenuto da tre motivazioni intersoggettive

principali. La prima consiste nel bisogno di comprendere l'altro e individuare la propria posizione nel campo intersoggettivo [...] La seconda motivazione intersoggettiva è orientata alla condivisione dell'esperienza, al bisogno di essere conosciuti. Essa comporta il desiderio di estendere costantemente il campo intersoggettivo e l'area di condivisione mentale. Ciò significa che il paziente fa esperienza di un nuovo modo di "essere con" il terapeuta e, auspicabilmente, con gli altri [...] La terza motivazione intersoggettiva è tesa a definire e ridefinire se stessi rispecchiandosi negli occhi dell'altrio. In questo processo la propria identità si rinnova e si consolida (Ivi, pp. 125-127).

Il processo terapeutico viene visto dunque come una co-creazione di un campo relazionale in cui la spontaneità, l'imprevedibilità, il verificarsi di continue regolazioni emozionali reciproche, di eventi intersoggettivi che mutano il campo relazionale, sono aspetti cospicui ma verificabili solo in parte e a posteriori.

Vediamo dunque a che cosa porta il processo di *avanzamento:*

Abbiamo visto che, su scala microtemporale, il desiderio di contatto intersoggettivo mobilita la co-creatività di due persone che collaborano (con in mente obiettivi terapeutici a breve e a lungo termine) per arrivare da qualche parte. Ma dove?

Descriverò cinque diversi esiti del processo di avanzamento: (1) sfocia in cambiamenti terapeutici improvvisi e radicali; (2) fa fallire le opportunità di cambiamento con conseguenze terapeutiche negative; (3) determina progressivamente variazioni implicite nella relazione terapeutica che favoriscono il cambiamento desiderato; (4) contribuisce a nuove esplorazioni del materiale esplicito; (5) prepara il terreno alle interpretazioni (Ivi, pp. 137-138).

In tutti questi casi comunque rimane fondamentale il processo di co- creazione di un campo intersoggettivo di cui il momento presente è il perno fenomenologico esistenziale nonché l'unità costitutiva di elaborazione psichica.

Il processo di *avanzamento è* caratterizzato dall'emergere improvviso di momenti presenti forti, che hanno una qualità diversa daH'andamento generale della relazione e che si presentano con un'implicita carica affettiva, come momenti di verità. I due partecipanti alla relazione sono trascinati completamente nel presente a vivere l'intensità di un momento presente che ha il carattere del *kairòs,* parola che nell'antica Grecia indicava il momento cruciale che deve essere afferrato da qualcuno perché il suo destino cambi. Anche se non viene colto, il momento cruciale cambierà comunque, proprio per il fatto di non averne approfittato, il destino della persona. Stem definisce questo momento cruciale come momento-ora, il quale appunto «indica un particolare momento presente che emerge improvvisamente, con una serie di immediate conseguenze. Si tratta di un momento di *kairòs.,* definito da un forte riferimento al presente e dalla necessità di agire» (Ivi, p. 126). 11 momento-ora è dunque un momento emergente che crea perturbazione nel sistema relazionale dei due partecipanti al processo psicoterapeutico e si pone come potenziale transizione verso una nuova organizzazione intersoggettiva. Sia il terapeuta che il paziente sono spiazzati da questo accadere del *momento-ora* la cui qualità intersoggettiva può andare perduta se il terapeuta si impegna ad esorcizzarlo attraverso una classica interpretazione di transfert o interpretandolo come resistenza, acting out (un'azione al posto di una rappresentazione o una verbalizzazione o una elaborazione). Facciamo un esempio:

Si pensi a una paziente che ha seguito una terapia analitica sul divano per alcuni anni e in tutto quel tempo si è chiesta, con una certa preoccupazione, che cosa facesse la sua terapeuta dietro di lei - dormire, lavorare a maglia, fare le boccacce. Poi un bel giorno, senza preavviso, la paziente entra, si distende sul lettino e dice: "Voglio sedenni di fronte a lei". E senza ulteriore indugio, si tira su a sedere e si volta. Paziente e terapeuta si ritrovano a fissarsi in un silenzio irreale. Questo è un *momento-ora.* La paziente non sapeva che avrebbe compiuto quel gesto prima di quel momento (tanto meno il giorno prima). E' come uno "sfogo" spontaneo. Né la terapeuta l'aveva previsto, proprio in quel momento e in quel modo. Tuttavia, adesso entrambe si ritrovano in una nuova situazione interpersonale e intersoggettiva. *Kairos* resta sospeso [...] Quando una proprietà emergente così importante fa la sua comparsa, essa occupa immediatamente il centro della scena. Il momento-ora è così chiamato perché implica la percezione immediata che il campo intersoggettivo esistente è minacciato, che si configura un importante cambiamento della relazione (nel bene o nel male) e che la relazione preesistente è messa in campo per essere rinegoziata. Questa presa di coscienza (più "sentita" che verbalizzata) carica affettivamente l'atmosfera diadica. Il terapeuta si sente disarmato e cresce il livello di ansia e di incertezza. Inoltre, chi prende parte a tali movimenti viene proiettato completamente, perfino violentemente, nel momento presente che si trova ad affrontare. Spesso, nel corso della terapia, non si è completamente "qui" nel presente, ma si è divisi in ugual misura fra passato, presente e futuro; tuttavia, appena giunge un momento-ora, si lascia da parte ogni altra cosa e si ritorna con entrambi i piedi nel presente. Il presente riempie il tempo e lo spazio: esiste solo l'ora (Ivi, pp. 138-139).

Questi passaggi in cui si pone il problema di una riorganizzazione del campo intersoggettivo, anche se non così eclatanti, sono comunque frequenti in una terapia. Essi richiedono al terapeuta, perché ne colga il valore e si lasci in qualche modo coinvolgere dal loro potenziale trasformativo per la relazione, una flessibilità teorica tale che possa condurlo a rinunciare momentaneamente ad una classificazione dell'accaduto all'interno del suo modello teorico o che possa anche consentirgli di modificare alcuni aspetti della teoria di riferimento arricchendola di nuovi dati esperienziali. Il momento-ora richiede infatti di solito qualcosa di più di una risposta tecnica, richiede un *momento di incontro.*

Il momento di incontro è il momento presente che risolve la crisi creata dal momento-ora (si consideri che anche quest'ultimo rappresenta una forma particolare di momento presente). In esso è ricercata una corrispondenza intersoggettiva in cui entrambi i partner condividono un'esperienza che conoscono implicitamente. Ciò richiede una risposta autentica, adattata a quella situazione, a quel luogo e a quel momento, che deve inoltre essere spontanea e recare, per così dire, Timpronta peculiare del terapeuta - quindi, qualcosa di più di una risposta tecnica neutrale (Ivi, p. 140).

Il momento di incontro produce un nuovo stato intersoggettivo tra paziente e terapeuta e produce un cambiamento anche nelle modalità relazionali del paziente fuori dal contesto analitico.

Il momento-ora può non venire notato e colto e probabilmente si ripresenterà. Ma può anche, dopo essere stato notato, venire affrontato in maniera inadeguata in modo che non si arrivi ad un momento di incontro. Se questo fallimento viene lasciato irrisolto, può verificarsi la preclusione di una certa area del campo intersoggettivo o può addirittura essere pregiudicato il proseguimento della terapia.

Anche le interpretazioni che hanno effetto e vengono accolte dal paziente con un forte insight implicano un momento di incontro che ha a che fare con l'impatto emotivo dell'interpretazione nel qui ed ora della relazione. Se l'interpretazione cambia la conoscenza esplicita del paziente, il momento di incontro che l'accompagna cambia la sua conoscenza relazionale implicita. Anche nelle narrazioni del paziente esiste un aggancio con il momento-ora ed è il momento della trasposizione del ricordo in narrazione, con tutte le sfumature emotive che questa azione comporta e che coinvolgono l'interlocutore in un ascolto vissuto momento per momento con tonalità emotive e stati di comprensione diversi.

In conclusione:

Quando ci focalizziamo sul livello microtemporale del momento presente, emerge in noi una nuova sensibilità clinica, che ci rende più consapevoli dei piccoli eventi, soprattutto di quelli impliciti e non verbali, e degli atti linguistici che accompagnano quanto viene detto. Quest'insieme di esperienze costituisce quella che abbiamo definito "agenda" implicita. L'osservatore/ascoltatore deve prestare attenzione sia al contenuto verbale esplicito sia aH'esperienza implicita. Ma è difficile seguirli entrambi se non si è convinti del loro valore paritario nel trattamento, e molti approcci psicoterapeutici non vanno in questa direzione. Se invece accordiamo pari dignità a questi due aspetti, ci rendiamo conto che è del tutto ragionevole e auspicabile focalizzare l'intervento tanto sulla sfera implicita quanto su quella esplicita e verbale. In tal modo si amplia notevolmente lo spettro delle opportunità terapeutiche (Ivi. p. 184).

Conclusioni

La Psicoterapia Psicoanalitica

Cercherò, in conclusione, di riassumere brevemente alcuni dei fondamentali contributi che la prospettiva psicodinamica ha consegnato al più vasto scenario delle psicoterapie.

Innanzitutto il concetto di transfert che rende la scena relazionale tra terapeuta e analizzando un laboratorio di osservazione delle dinamiche interattive non solo familiari ma anche sociali che il soggetto mette in atto in maniera disfunzionale e che producono gran parte del suo malessere e dei suoi problemi di solitudine e mancanza di stima di sé.

Il controtransfert è poi un criterio fondamentale per l'autosservazione dei vissuti del terapeuta nella relazione, sia di quelli personali che interferiscono con l'ascolto e le risposte date al paziente, sia di quelli che possono invece indicare al terapeuta una sua percezione sottile dello stato emotivo che il paziente esprime nella seduta.

La considerazione simultanea degli aspetti della personalità del paziente che sono legati alle sue vicissitudini di vita e di quelli che non sono riconducibili a cause determinabili.

Il concetto di difesa, cioè la costruzione di strategie di risposta a pregresse situazioni stressanti che risultano disadattive nel contesto di vita attuale del paziente.

Il setting, cioè il contenitore dello spazio interattivo della terapia che deve essere difeso da attacchi esterni o degli stessi membri della coppia analitica, per garantire l'affidabilità di quello spazio-tempo dell'analisi in cui il paziente percepisce che i propri vissuti sono comunque accolti e protetti.

L’alleanza terapeutica, cioè la condizione preliminare per cui due persone possano procedere insieme attraverso le varie vicissitudini dell’amore e dell’odio che accompagnano la relazione analitica.

Il concetto di inconscio, che richiama l’attenzione sullo sfondo di significati impliciti e invisibili che governano, di fatto, il mondo della mera fatticità, dei fatti cosi come sono e appaiono, e i giudizi che siamo abituati a formulare su di essi.

La considerazione del sogno, come metafora viva, espressione per certi versi enigmatica di un tentativo, da parte della nostra mente, di restituirci ed elaborare un senso diverso e una possibile diversa prospettiva per riconsiderare quelle certezze che producono sofferenza ma alle quali non sappiamo rinunciare.

La considerazione per l’attività immaginativa, per le fantasie che, ben lungi dall’essere scollegate dalla realtà, spesso, come il sogno, la rifomulano secondo la chiave del desiderio o del possibile.

La memoria che ci restituisce i vissuti spogliandoli di quella immediatezza incombente che ne impedisce l’elaborazione, l’ascolto, la riformulazione.

Il rispetto per l'unicità dell’altro, per la peculiarità insostituibile del suo mondo interiore, della sua storia di vita, del suo carattere, il rispetto per le sue difese che possono essere superate solo quando altre, più adatte al momento, possono rimpiazzarle.

Infine quella capacità di empatizzare con la sofferenza dell’altro unita al rispetto per la sua differenza, per il suo idioma, per il suo segreto di essere unico al mondo, per i suoi tempi di comprensione e di cambiamento, per i suoi peculiari, imprevedibili, non manipolabili percorsi di guarigione.

Questi sono sicuramente alcuni dei tratti fondamentali dell'atteggiamento psicodinamico così come si è evoluto nel tempo e attraverso le teorie qui esaminate.

Oggi si parla, e da tempo le si praticano, di psicoterapie psicoanalitiche diverse dall’approccio psicoanalitico classico. Quando parliamo di psicoterapie psicoanalitiche intendiamo quei metodi di cura che fanno riferimento alla psicoanalisi come a un complesso molto articolato e variegato di conoscenze psicologiche acquisite attraverso la pratica clinica di vari autori, ma che non fanno riferimento al metodo tradizionale dell'ortodossia freudiana.

Già nel 1956 Wallerstein distinse quattro modalità di psicoterapia:

Counseling psicoterapico, che può essere definito come un metodo di indagine sulle difficoltà specifiche del paziente, sulla messa a fuoco dei problemi effettivi e sulla pianificazione di possibili soluzioni.

Psicoterapia di sostegno, volta a rafforzare le difese del paziente, ad aumentare le sue capacità adattive, ad incoraggiarlo verso la ricerca di soluzioni adeguate ai suoi problemi e a rafforzare il suo Io. E’ escluso in questo tipo di intervento qualsiasi riferimento al transfert o alla vita infantile del paziente, non viene usata l’analisi dei sogni.

Psicoterapia espressiva, centrata sull'analisi delle difese, dei conflitti inconsci che emergono nel transfert, senza considerare la genesi remota dei sintomi.

Psicoanalisi vera e propria, nella quale si svolge un’esplorazione profonda dell’incoscio che può indurre stati di regressione e l'instaurazione della nevrosi di transfert. Quest’ultima avvia alla risoluzione dei conflitti infantili riattualizzati.

La distinzione è stata fatta in considerazione della diversa tipologia dei pazienti, per cui per soggetti con scarsa solidità dell'Io e a rischio di frammentazione non sono applicabili gli interventi più impegnativi, come l'espressivo e lo psicoanalitico classico, ma resta solo la risorsa della terapia di sostegno.

Di fatto si è constatato che gli stessi pazienti possono tollerare interventi più o meno incisivi a seconda dei periodi e delle fasi della loro patologia. Lo stesso Wallerstein in uno studio del 1986 sostiene che non si può porre una linea netta di demarcazione fra psicoterapie espressive e supportive dato che in tutte le psicoterapie elementi supportivi ed espressivi si mescolano o si alternano a seconda deH'andamento del processo terapeutico. Come suggerisce Gabbard, «piuttosto che vedere la psicoterapia espressiva e la psicoterapia supportiva [di sostegno] come due distinte modalità di trattamento, dovremmo invece considerare che la psicoterapia si attua in un continuum espressivo-supportivo, prospettiva più vicina alla realtà della pratica clinica e della ricerca empirica» (Gabbard 2000, p. 92).

2. La regolazione della distanza

Mi capita regolarmente che verso la fine di un corso universitario di Psicologia dinamica qualche partecipante mi chieda quale dei modelli clinici presentati sia più adatto alla pratica professionale o almeno quale io prediliga. La domanda è accompagnata dalla constatazione costernata che l'aver conosciuto tanti modelli ha creato nello studente una sorta di smarrimento da abbondanza e che si sarebbe preferito avere delle dritte più precise su come e che cosa si deve fare. Ritengo tuttavia che questo effetto di smarrimento nella complessità dei modelli dinamici sia da un punto di vista didattico esattamente quello che si voleva ottenere e che una domanda che chiami continuamente in causa il confronto tra i modelli, dovrebbe essere l'aspetto costitutivo indispensabile ad un corretto atteggiamento professionale. Ci si va abituando, in questi tempi, all'idea che un corso universitario debba necessariamente avere un risvolto professionalizzante nel senso di fornire procedure immediatamente applicabili. Mantengo invece l'idea che un corso universitario debba fornire una panoramica ragionata di modelli e pratiche, argomentandone la peculiarità e cercando l'approfondimento, in modo da stimolare lo studente ad un esercizio critico e ad un riconoscimento delle inclinazioni che lo portano o lo porteranno a privilegiare un modello pur conoscendo anche gli altri.

Vorrei concludere questa rassegna di autori dando una cornice conclusiva al palinsesto delle varie teorie. La cornice è sostanzialmente una riflessione in coda ad un'affermazione di Winnicott che assume un valore generale per qualunque psicoterapia si intenda applicare:

> L'atteggiamento professionale è come un simbolo, in quanto implica una *disianza fra l'analista e il paziente.* Il simbolo infatti si insedia nella distanza che intercorre fra la rappresentazione soggettiva deH'oggetto e l'oggetto percepito obbiettivamente (Winnicott 1965, p. 207).

Lasciamo a questa frase il suo valore simbolico, la sua apertura ad una esplorazione di significato e avventuriamoci in questa "distanza" come elemento costitutivo, in senso fenomenologico, dell'essere in rapporto con, quale si realizza nella relazione terapeutica e, più in generale, nella relazione d'aiuto.

Ogni intervento terapeutico si basa necessariamente sull'osservazione dell'altro, delle sue potenzialità, risorse, bisogni, che, appunto, l'intervento deve portare ad espressione, commisurandosi alle ipotesi che possono essere formulate riguardo a ciò che nell'altro rimane ancora inespresso e alle modalità a lui più congeniali per poterlo esplicitare. Questo assunto, e i problemi cruciali che pone, non possono essere elusi quando si decida di intervenire nel senso di aiutare l'altro a conoscere ed esprimere le sue potenzialità e non solo nel senso di guarire le sue patologie. Che cosa significa osservare l'altro? Come si osserva, chi osserva, che cosa si osserva? Tanto per cominciare, liberiamoci subito della metafora medica che, stabilendo un criterio oggettivo dell'osservare, ci impedirebbe qualunque riflessione sulla problematicità del rapporto fra osservatore e osservato, tra colui che interviene e l'oggetto dell'intervento. Nella relazione d'aiuto l'oggettivazione rischia di essere una mera operazione di etichettamento con funzione procedurale, a scapito della possibilità di creare un rapporto con l'altro, un rapporto che ponga continuamente delle domande. In effetti, come cercheremo di dimostrare, anche se potremmo già darlo per scontato, quello che l'operatore osserva non è mai l'altro, ma il campo relazionale, o "campo dinamico" abitato dalla distanza tra sé e l'altro (Baranger, 1969). L'osservazione non è mai neutra, essa istituisce sottili legami fra il sapere sull'altro e ciò che l'altro diverrà nel campo di azione del nostro sapere. Tutto dipende, perciò, da come questo sapere viene giocato in una reciprocità problematizzante e creativa o rigidamente precostituita dai ruoli. L'osservazione è un processo che mette in atto una distanza tra soggetto e oggetto, determinando, simultaneamente, l'identità dell'uno e quella dell'altro, rimettendo in gioco o riconfermando i ruoli, le identità e i saperi proprio attraverso e grazie alla reciprocità attivata dalla relazione.

Come osserva Sergio Vitale in un saggio di cui seguiamo qui la traccia (Vitale, 1996), secondo il significato che il senso comune e le pratiche abituali conferiscono a questo atto, nell'osservare noi cerchiamo innanzitutto la distanza adatta che ci permetta di percepire l'oggetto e, in generale, a questo scopo, avviciniamo a noi l'oggetto che è troppo lontano per essere guardato in dettaglio o ci avviciniamo ad esso per vederlo meglio. In questo semplice gesto che tende a ridurre la distanza per utilizzare l'oggetto, per renderlo accessibile ai nostri bisogni, fra cui, direi, anche quello di osservarlo, capirlo, "trattarlo" o trattare con esso, Heidegger ha colto il segno di una dimensione ontologica, quella della lontananza costitutiva dell'oggetto dal soggetto che lo osserva e quella della loro essenziale separatezza. Osservare, in altre parole, significa ridurre la lontananza costitutiva dell'oggetto, ovvero, in termini heideggeriani, "dis-allontanarlo".

Tuttavia, come nota Sergio Vitale (1996) nel suo commento a questa tesi heideggeriana, ogni volta che ci accingiamo a dis-allontanare l'oggetto, per trovare con esso un'intimità tale da permetterci di conoscerlo e per superare il sentimento della sua opacità, noi scopriamo la sua lontananza da noi. la sua solitudine, la sua compiutezza in sé, la sua estraneità, il suo appartenere solo a se stesso. Per riassumere tutte queste caratteristiche che appaiono quando l'oggetto, o potremmo dire l'altro, ci si mostra nella sua lontananza e radicale differenza da noi che lo guardiamo, ascoltiamo, proporrei di usare una sola parola presa dal greco, cioè il termine *ìdios*, che potremmo banalmente tradurre con identità, tenendo presente però che da *ìdios* deriva un altro termine, *idioma*, che sta a significare quel modo unico e irriducibile attraverso il quale l'altro esprime il suo *ìdios*, la sua peculiarità individuale, idioma che può essere preservato proprio grazie alfalterità, cioè alla lontananza e alla differenza che l'oggetto osservato mantiene rispetto a chi lo osserva.

Nel momento in cui, nell'osservare l'altro al fine di rapportarci a lui in una prospettiva terapeutica, ci accingiamo a dis-allontanarlo, entriamo di fatto in una complessa dinamica di aggiustamento della distanza, alla ricerca di quella che sentiamo più corrispondente al fine della terapia. In questa ricerca della giusta messa a fuoco, noi manteniamo un movimento oscillante attraverso il quale pratichiamo, successivamente e spesso inconsapevolmente, diverse modalità di osservazione e assumiamo diverse distanze che è possibile raggruppare, secondo il suggerimento di Vitale, in tre categorie fenomenologiche: distanza eccessiva, mancante, giusta (che definirei consapevole).

Distanza eccessiva

Quando siamo troppo distanti, l'oggetto rimane opaco, indistinto e indifferente, confuso con lo sfondo, congelato nella sua lontananza *{ibidem}*. L'eccessiva distanza può essere una misura difensiva: ci difendiamo dall'altro, dall'impatto della sua differenza sul nostro bisogno di omologare la realtà, interponendo tra noi e l'altro i nostri saperi e le nostre tecniche, utilizzando definizioni, pregiudizi, spiegazioni, strategie di controllo, ivi comprese quelle terapeutiche quando la terapia è intesa come tecnica per riportare Fa-normale alla normalità, cioè come tecnica di normalizzazione. Potremmo definire l'osservazione a distanza eccessiva come *catalogazione* o *etichettamento.*

D'altra parte, questo tipo di distanziamento può essere anche dinamicamente funzionale ad una strategia di dis-allontanamento. Mi riferisco all'uso di *modelli* per la comprensione del disagio dell'altro e di mappe per l'esplorazione dell'estraneo che l'altro incarna per chi l'osserva. La differenza fra i modelli e i saperi è a mio avviso sostanziale e dipende in parte dall'uso che si fa delle proprie conoscenze teoriche: il sapere ha una funzione distanziante, l'altro è catalogato nella sua genericità e ignorato nella sua particolarità. I modelli hanno una funzione orientativa e dis-allontanante, l'altro è assunto in una zona problematica di riflessione, non sprovvista, però, dei minimi strumenti che rendano possibile l'atto di osservare; riflessione che prevede la modifica dei modelli, il loro riadattamento all'oggetto o il riconoscimento della loro inadeguatezza all'oggetto. Per sapere in quale situazione l'altro si trova, che cosa sta accadendo dentro di lui, come reagisce a noi che ci avviciniamo, occorrono ipotesi, punti di riferimento, mappe, altrimenti si va alla cieca, s'improvvisa, nel senso peggiore di questo tennine, si rimane spaesati o ci si autoconferma in procedure e convinzioni errate. I modelli e le ipotesi, a patto che si sia consapevoli che sono tali, sono un indispensabile, anche se flessibile, termine di confronto per valutare la nostra posizione rispetto a quella dell'altro e in questo senso hanno una funzione critica oltre che conoscitiva.

I modelli sono costrutti che consentono non tanto di ridurre la soggettività dell'altro a qualcosa di noto ma piuttosto di percepire se stessi, in quanto terapeuti, come non privi di riferimenti culturali e strumenti di navigazione nel difficile percorso della relazione con l'altro e della comprensione delle sue difficoltà. Sono ipotesi, oppure metafore che costituiscono il nostro punto di vista senza per altro avvalorarne l'oggettività e l'esclusività ma solo facilitandolo nella costruzione di rappresentazioni, di nessi logici o narrativi attraverso i quali cogliere aspetti che rimarrebbero privi di forma o di possibile significato per un occhio che sorvola la realtà senza che la sua attenzione sia attratta da qualcosa che gli risulta in qualche modo familiare. Per cogliere e notare qualcosa abbiamo bisogno di preconcezioni, ma per non annullare ciò che abbiamo colto, occorre che, a loro volta, le preconcezioni siano modificabili, elastiche e plasmabili dal nuovo che le modifica o le smentisce e che l'osservatore non rimanga abbagliato dalla meraviglia dei riscontri oggettivi alle sue aspettative intellettuali. Il significante deve sempre mantenere un margine di autonomia, di alterità, di rimando all'oltre, rispetto ad ogni attribuzione di significato attuata nel processo di comprensione. In altre parole, la meraviglia del riscontro, deve sempre lasciare nello sguardo un residuo di stupore per l'incompreso e l'incompiuto, in sé e nell'altro. Dunque i modelli e i paradigmi creati empiricamente per la comprensione dei fenomeni psichici non sono verità che pretendono di saturare il significato delle produzioni dei soggetti a cui si applicano, bensì strumenti per orientare i processi di costruzione di significati possibili.

Distanza mancante

Questa modalità si realizza in una serie di situazioni relazionali nelle quali prevale il coinvolgimento emotivo dell'osservatore con il soggetto osservato e che potremmo cosi riassumere: coinvolgimento eccessivo fino a perdere il senso della differenza; creazione di legami simbiotici; identificazione, proiezione dei propri contenuti psichici inconsci sull'altro vissuto come propria estensione narcisistica, identificazione proiettiva da parte dell'osservatore, cioè l'altro messo in un ruolo o in una parte che ha un significato nella dinamica psichica dell'osservatore ma non corrisponde aH'à//o5 dell'osservato; vivere la relazione attraverso le proprie idiosincrasie, fermarsi alla prima impressione, mi piace/non mi piace, mantenerla come assunto di base nella lettura degli atteggiamenti relazionali dell'altro e come inconscio criterio di legittimazione dei propri feed-back: queste attitudini dell'osservatore tendono ad annientare la distanza e la sua valenza problematica, in un cortocircuito emotivo che oscura la differenza e la realtà dell'altro.

Capita spesso che da una posizione di eccessiva distanza, adottata a scopo difensivo, una volta che le difese cedono, l'osservatore passi improvvisamente alla posizione di coinvolgimento, positivo o negativo che sia. Come, d'altra parte, il coinvolgimento può essere a sua volta una forma di difesa rispondente ad un bisogno di annullare l'altro, la sua lontananza, il suo *ìdios,* tenendolo vincolato a sé, nello stesso modo in cui una madre iperprotettiva usa la prossimità per tenere sotto controllo l'autonomia del figlio e la propria trasgressività o la propria ansia che proietta su di lui.

Ritengo tuttavia che il coinvolgimento emotivo sia un momento iniziale necessario all'instaurarsi di una relazione di aiuto, per almeno due ragioni; la prima è che, quando l'osservatore utilizza consapevolmente il criterio della distanza, il coinvolgimento è la condizione indispensabile per cui possa poi verificarsi la possibilità di corrispondere profondamente all'/W/ay dell'altro e quindi di percepire il suo idioma a partire da una risonanza profonda nel proprio mondo intemo; la seconda ragione è che felicitazione di emozioni proprie e particolari nella relazione con l'altro può divenire uno degli indicatori fondamentali dello stato della relazione stessa e della presenza di forme d'identificazione proiettiva da parte dell'altro, per cui noi reagiamo emotivamente secondo le istanze che l'altro proietta dentro di noi.

Giusta distanza

Questa misura ideale ha senso se viene intesa come disponibilità a mantenere attiva e problematica l'azione di dis-allontanamento o, detto altrimenti, a procedere a un progressivo dis-allontanamento dell'altro mantenendo però la percezione della sua lontananza, cioè riconoscendo l'irriducibilità del suo *idios.* Ciò vuol dire che l'altro si mantiene come *evento* da intendere e comprendere, evento che produce nell'osservatore immaginazione, emozioni e pensiero attorno al luogo segreto dell'altro. Giusta distanza significa accettare di abitarla, come spazio della *pòiesis,* della creatività psicologica, dell'intuizione, dell'immaginazione sulla lontananza attraverso la quale l'altro ci si offre, e infine della percezione di sé e della consapevolezza del proprio sentire e immaginare che proprio dal sentimento della lontananza traggono ispirazione.

La distanza da sé

Come ho detto, occorre tenere presente che, nell'osservare e nel disallontanare l'oggetto, percorriamo, in modo oscillante, tutte queste distanze.

Vediamo altresì come l'oscillazione possa essere mantenuta solo imparando ad abitare la distanza e a coglierla come elemento costitutivo e problematico del nostro modo di osservare. Abitare la distanza significa rinunciare a concepire l'attività terapeutica come esercizio di una tecnica supportata da un sapere sull'altro; mantenere una tensione critica costante rivolta alle procedure messe in atto e alla loro pertinenza all'oggetto; assumere la problematicità dell'osservare e dell'oggetto che si costituisce nel l'osservazione, la centralità deirù/Zav dell'altro, del suo idioma che noi percepiamo come tale nel momento in cui anche il nostro idioma viene sollecitato, e quindi la percezione della relazione tra idiomi che si instaura tra il soggetto osservante e l'oggetto del suo osservare. Tutto ciò rimanda, per principio, ad una problematizzazione del soggetto osservante, a cui possiamo accedere mantenendo come criterio la distanza. Usando la stessa tripartizione adottata fin qui, è possibile distinguere tre posizioni fondamentali tra cui il soggetto osservante oscilla: quelle delTo.wervn/ore *distaccato, deW osservatore immedesimato* e dell'osscrva/ore *decentrato.*

Per i motivi precedentemente esposti, possiamo anche indicare le prime due posizioni come egocentriche o autoreferenziali nel senso che l'osservatore sovrappone all'oggetto le sue personali categorie cognitive o affettive, i suoi modelli operativi interni. Possiamo anche omologare, utilizzando la terminologia di Piaget, questi atteggiamenti osservativi al meccanismo cognitivo dell'assimilazione in cui la conoscenza dell'oggetto viene inquadrata negli schemi già operanti nel soggetto osservante senza che detti schemi vengano modificati dall'impatto cognitivo-affettivo con l'oggetto e con la sua peculiarità. In questo caso, dunque, la novità viene ricondotta al già noto, sia questo costituito da saperi o da schemi di tipo affettivo, complessi affettivi di carattere personale.

Nel caso dell'osservatore decentrato, possiamo fare riferimento invece al meccanismo cognitivo dell'adattamento: gli schemi si modificano ogniqualvolta la peculiarità dell'oggetto richiede il riassetto o la modifica di precedenti certezze. L'osservatore che “abita la distanza" (Rovatti 1994) la assume come fattore decisivo e problematico, potremmo dire che fa centro in essa e non sul proprio saper già. Quindi *si decentra* dalla sua identificazione con il sapere e si avvicina all'altro o avvicina l'altro a sé avendo cura di mantenere l'altro nella sua compiutezza, lontananza, neH'/J/ox che gli è proprio. Il suo centro diviene dunque la problematicità della distanza che gli consente di intendere l'altro senza ridurlo al già noto. Trovandosi decentrato da sé, il soggetto acquista allora una nuova distanza, quella fra sé e sé, diviene osservatore di se stesso mentre osserva l'altro. Mentre percepisce nell'altro la lontananza, la differenza da sé, percepisce anche la lontananza in se stesso e osserva sé "come un altro". Questa distanza fra sé e sé, manifestazione dell'alterità in se stessi, viene percepita come disorientamento, pausa, silenzio, impotenza. In questa doppia prospettiva, il soggetto osservatore percepisce anche se stesso come vulnerabile all'altro, cioè percepisce le modificazioni del proprio sé nell'atto di osservare l'altro.

Il problema della distanza si pone dunque di nuovo, ora nello spazio soggettivo dell'osservatore per cui questo può trovarsi, osservando se stesso, nelle tre suddette posizioni.

Osservatore distaccato di sé

Nella sua accezione negativa, il distacco da sé può significare simulazione inconsapevole ovvero malafede in senso sartriano (Sartre 1943), cioè nonadesione ai propri comportamenti e ruoli, vivere "come se" (Laing 1959) l’esistenza fosse reale, quindi compiendo un'operazione difensiva di diniego sul vissuto attuale, una sistematica elusione delle esperienze negative o discrepanti con le aspettative. Un esempio che riguarda lo psicologo può essere rappresentato dal tentativo di astrarsi dal contesto e dal ruolo vedendo se stesso come attore in una scena irreale che non lo riguarda nella sostanza e non lo coinvolge e vivendo i rapporti con totale distacco emotivo.

Nella sua accezione positiva, l'osservazione distaccata di sé permette di applicare a se stessi quegli stessi modelli d'osservazione che si applicano all'altro e si traduce in un'attenzione critica rivolta ai pregiudizi, agli stereotipi, ai presupposti teorici, agli spunti ideologici e ai miti che operano attivamente sullo sfondo nelle nostre pratiche e dei nostri atteggiamenti terapeutici, alle incongruenze fra i nostri assunti e le peculiarità dell'oggetto a cui si applicano. La continua operazione di distanziamento scettico dalle nostre certezze, attraverso la quale vengono smascherate e decostruite le ideologie inconsapevoli (Genovese 1979) che supportano le nostre abitudini di pensiero, riporta la relazione con l'altro ad una radicale potenzialità di trasformazione culturale e restituisce incisività alla terapia.

Ancora nella sua valenza positiva, l'osservazione distaccata di sé offre al soggetto l'opportunità di essere spettatore dei ruoli che egli assume nei diversi scambi transazionali, sia quando questi ruoli gli vengono attribuiti dall'altro, sia quando vengono messi in scena come manifestazioni dei propri stati dell'Io. In altre parole, il soggetto diviene spettatore-osservatore delle modalità dell'interazione in atto, può descriverla a se stesso, comprendendo i giochi relazionali che in essa si verificano e vedendo i propri atteggiamenti in rapporto a quelli dell'altro, cioè nella loro valenza transazionale. Attraverso l'osservazione di sé, dei ruoli assunti, l'osservatore diviene così spettatore critico ma anche partecipe del campo dinamico. Questa posizione di distanza da sé rende possibile ricostruire in una trama narrativa il vissuto relazionale che poi diviene oggetto di riflessione negli incontri di superv isione.

Osservatore immedesimato di sé

Nella sua accezione negativa, l'osservazione immedesimata di sé coincide con il sentimentalismo, cioè con una bassa capacità di rielaborazione e descrizione dei propri vissuti che vengono percepiti e comunicati a sé e agli altri attraverso il codice stereotipato del linguaggio sentimentale (in questo posto mi viene la paranoia, quella persona è insopportabile, sono stanco di fare sempre le stesse cose, ecc.). La concrezione sentimentale del vissuto lo rende impenetrabile, uguale a se stesso e capace di omologare stimoli e situazioni diverse ma che hanno magari in comune solo quella caratteristica minima che fa scattare l'idiosincrasia del soggetto, mettendo invece sullo sfondo le sfumature e le implicazioni non generalizzabili che rendono ogni situazione diversa da un'altra. Nell'amalgama del sentimentalismo, le particolarità dell'oggetto sfumano e il suo significato viene assimilato all'umore da cui il soggetto è pervaso in quel momento (sono depresso, sto meglio, odio tutti, ecc.). D'altra parte, nella sua valenza positiva, l'osservazione immedesimata di sé corrisponde anche alla percezione delle tonalità emotive che accompagnano il flusso degli stati mentali e i vari momenti di uno scambio interattivo. Le emozioni, se non addirittura gli affetti vitali, quando si può approfittare di una breve pausa di distacco tale da farcele percepire consapevolmente senza esserne semplicemente posseduti, sono un indicatore spesso molto preciso dei passaggi della relazione, segnalano aspetti dell'interazione, soprattutto quelli non verbali, che non emergono dal contenuto della comunicazione, sottolineano le cadute di intesa e accordo fra gli interlocutori o i momenti in cui un'intesa profonda cresce all’ombra di una semplice conversazione. Ovviamente, il distacco del l'osservatore dal suo vissuto emotivo deve essere tale da non interrompere il flusso della comunicazione, per cui occorre che il soggetto acquisisca una particolare dimestichezza con questo tipo di percezione di sé, che comporta l'abilità nell'interpuntare lo scambio comunicativo con istanti di insight.

11 vissuto emotivo interroga radicalmente la percezione cosciente di una relazione evidenziando spesso aspetti problematici e non congruenti con le aspettative, le intenzioni implicite, le attribuzioni di significato con cui il soggetto vive coscientemente lo scambio comunicativo.

Osservatore decentrato nella distanza da sé

L'osservatore che adotta questa modalità, abita problematicamente ma anche creativamente la distanza che lo separa da sé e quella che lo separa dall'altro. Egli percepisce sé come oggetto dell'altro e le modificazioni del Sé nel rapporto con l'altro. Inoltre, nella misura in cui percepisce l'altro nel suo *idios,* cioè percepisce l'altro nella sua lontananza e la lontananza nell'altro, percepisce anche la lontananza nel proprio Sé. La "lontananza nell'altro" è tutto ciò che costituisce la sua specificità, la sua irriducibilità alla cartella clinica, alla fedina penale, all'oggettivazione del sapere, la sua potenzialità ancora inespressa e sconosciuta a lui stesso, il suo "conosciuto non pensato", quella spontaneità creativa originaria che non ha trovato posto nei comportamenti modellati dalle relazioni precoci con le figure di accudimento, e che occorre appunto ripristinare attraverso la relazione, cogliendo le tracce della sua esistenza remota. Potremmo chiamare “idioma” la lontananza che è propria e costitutiva di ciascuno (espressione del suo *idios)* (Bollas 1989), per cui nello scoprire l'idioma dell'altro, il terapeuta sente evocata la propria lontananza, il proprio idioma.

Occorre forse chiarire il concetto di idioma, inteso come espressione dell'/W/a? del soggetto. Christopher Bollas lo definisce come la caratteristica della persona che si esprime e trova il proprio essere nella scelta e nell'uso dell'oggetto *(ibidem)* e nell’appropriazione degli oggetti; definizione che l’autore amplia in *li mistero delle cose:*

“Il carattere è ciò che rivela la scelta personale, il tipo di cose che un individuo sceglie o rifiuta quando ciò non è ovvio”, scrive Aristotele nella *Poetica.* Il nostro idioma si rivela attraverso quelle scelte e, come ha suggerito Winnicott, attraverso il modo in cui usiamo gli oggetti della vita. Una forma di desiderio (questa scelta è l’espressione del destino di ogni Sé), il cui sforzo é realizzare la propria forma d’essere attraverso l’esperienza. Percepiamo l'impulso a presentare e a rappresentare il nostro Sé come una forza vitale intelligente [...] (Bollas 1999, p. Q

Secondo Winnicott. l'"oggetto transizionale" ha una doppia valenza: da una parte è considerato dal bambino come una creazione personale, nello stesso modo in cui il bambino considera in modo onnipotente, come sua creazione, la madre che corrisponde adeguatamente a tutti i suoi bisogni, mettendo ogni volta a sua disposizione proprio quell'oggetto di cui il bambino ha bisogno ma del quale, ovviamente, per la sua esperienza limitata degli oggetti, non ha ancora una rappresentazione anticipatoria. L'esempio più tipico è il seno materno: quando il bambino ha fame, l'oggetto, cioè il seno, gli viene presentato prima ancora che il bambino abbia la capacità di rappresentarsi l'oggetto del suo bisogno. Gli oggetti devono incontrare il bisogno, non produrlo, come accade nel caso delle madri interferenti o in quello dell'economia di mercato. In questo modo il bambino sente che basta il suo bisogno ad evocare l'oggetto, che, in altre parole, il bisogno crea l'oggetto, il gesto che si protende verso di esso lo evoca magicamente, il gesto spontaneo crea l'oggetto. Dunque l'oggetto transizionale preserva e custodisce questa spontaneità-onnipotenza del bambino, gli corrisponde perfettamente, anche quando il bambino vive un minimo stato di frustrazione, cioè la breve assenza della madre. L'oggetto transizionale aiuta a tollerare la frustrazione e l'ansia. D'altra parte, dice Winnicott, esso è anche un oggetto del mondo, cioè annuncia al bambino l'alterità del mondo e lo prepara ad accettarla, dato che egli vi si accosta attraverso la propria spontaneità ed onnipotenza.

Un altro aspetto caratteristico e fondamentale dell'oggetto transizionale è la sua indistruttibilità, l'oggetto transizionale deve resistere alle aggressioni del bambino, dimostrandogli che la sua aggressività, comunque espressa, non intacca la solidità del mondo e non frantuma il sentimento di essere.

Attraverso l'esperienza transizionale il bambino accede all'oggettività del mondo senza perdere la spontaneità e la fiducia nella propria creatività. Più tardi, dice Winnicott, l'oggetto transizionale viene sostituito dai vari aspetti della cultura: le forme culturali sono appunto espressione della spontaneità del soggetto, sono oggetti messi a sua disposizione, a disposizione della sua creatività, per dare un senso al mondo, affinché l'impatto con questo non risulti estraniante o frustrante fino al punto di porre il soggetto nella condizione di dover rinunciare alla possibilità di abitare il mondo, di dare alle cose un significato che corrisponda alla peculiarità del proprio Sé. Gli oggetti culturali sono mediazioni tra la spontaneità del soggetto e la realtà del mondo.

L'idioma è appunto l'espressione della spontaneità del soggetto, il suo "vero Sé", la potenzialità creativa attraverso la quale il soggetto dà un senso proprio all'esistenza del mondo. Forse a questo punto ci risulta più chiara la definizione di idioma data da Bollas: l'idioma si esprime nell'uso creativo dell'oggetto, nel significato interiore che viene dato all'oggetto, è quindi l'attitudine specifica a rivestire il mondo di un senso interiore. E' chiaro che Bollas allude all'area transizionale dell'esperienza nella quale l'essere del soggetto, il suo specifico idioma, la sua potenzialità creativa di dare senso, si coniuga con l'oggettività del mondo, si concilia con la lontananza delle cose, con il loro essere quello che sono. Dare senso non significa dominare le cose: esse vengono lasciate-essere ma, al tempo stesso, vengono interiorizzate, hanno accesso alla distanza che il soggetto abita e attraverso la quale le investe di un sentimento di presenza e di un significato. L'idioma dell'altro è come egli usa creativamente gli oggetti che, nella relazione con lui, gli offriamo: oggetti culturali o concreti, immagini, simboli, significati, emozioni, noi stessi, assumono un significato ulteriore nel modo in cui l'altro riesce ad appropriarsene per costruire attraverso di essi il suo mondo interno, la sua risonanza alla vita. Questa riappropriazione può curare la mancanza, la deprivazione, il senso e l'orrore del vuoto che hanno prodotto tentativi di riparazione di tipo compulsivo e surrogatorio, nella ricerca feticistica di cose ed esperienze che hanno solo la funzione di occultare un vuoto di fatto incolmabile perché interiore. 11 terapeuta, che offre se stesso e il proprio mondo interno come oggetti, affinché l'altro se ne appropri e li assimili creativamente, riceve dall'altro risposte, oggetti da lui elaborati, frammenti del suo mondo interno e del suo idioma che divengono per il terapeuta oggetti da assimilare creativamente al suo idioma personale e che entrano a far parte del suo mondo interno.

L'incontro terapeutico è un incontro fra idiomi, in cui l'idioma dell'uno diventa l'oggetto per la rielaborazione e l'assimilazione ad opera della creatività psicologica dell'altro e del suo idioma. In questo senso, il terapeuta, entrando in contatto con la lontananza dell'altro, riscopre la propria: immagini, impressioni, ricordi, sensazioni, lontananze appunto, che formano la sua particolare costellazione di risposta interiore e di oggetti interni transizionali da condividere.

Egli prende atto dei saperi sull'altro, ma ne prende anche le distanze, utilizzando *l'intuizione*, che Gaetano Benedetti, parlando della psicoterapia, definisce come «un sapere dell'altro, che risulta dalla percezione di un isomorfismo psichico tra parti del paziente e parti del terapeuta» (Benedetti, 1992, p. 75).

Comprendere

Tornando adesso alle modalità con cui l'osservatore abita la distanza osservando l'altro, vorrei di nuovo riproporre, in altra forma, i tre criteri attorno ai quali si è mossa tutta la nostra argomentazione:

Distanza eccessiva: etichettamento, uso di modelli.

Distanza mancante: coinvolgimento.

Abitare la distanza: comprensione intuitiva.

Abbiamo già discusso i primi due modi e l'oscillazione che li collega; vorrei adesso esaminare il terzo, la comprensione intuitiva. In questi due termini è implicita e problematizzata la distanza. All'intuizione abbiamo già accennato citando Benedetti. Che cosa significa allora comprendere l'altro?

Comprendere si traduce in tedesco con la parola *Verstehen* che ha una forte rilevanza per la filosofia ermeneutica. A quanto mi risulta, il termine *Verstehen* si riferisce a due concetti che in italiano sono simili ma non identici: 1) l'intendere, nel senso in cui diciamo che io, che conosco appena lo spagnolo, intendo quello che un passante mi dice in quella lingua, per darmi delle indicazioni che gli ho chiesto balbettando qualche parola che lui ha inteso, udito, decodificato; 2) costruire un orizzonte di senso condiviso, per cui quello che l'altro mi dice mi rimanda a un lavoro di interpretazione, ad un interrogare ed interrogarmi, ad un ricercare dentro di me corrispondenze e risonanze, atti attraverso i quali esprimo la mia attenzione a quello che l'altro comunica e al suo modo di comunicarlo.

In sostanza, la comprensione intuitiva si realizza quando vi è un incontro tra gli idiomi dei due interlocutori, quando, per risomorfismo psichico di parti della mia interiorità con quelle deH'interiorità dell'altro, io intendo il suo idioma e viceversa, quando i due idiomi evocano uno spazio condiviso di senso e di eventi relazionali che si offrono all'uso creativo che i mondi interni dei due interlocutori possono fame. L'intuizione e la comprensione si realizzano appunto come tentativo e desiderio di abitare questo campo dinamico, questa distanza dall'altro, in un’intima corrispondenza di lontananze.

Se questo spazio relazionale viene anche inteso come spazio terapeutico, esso non deve perdere il suo carattere di reciprocità: il terapeuta offre all'altro, sulla base della sua comprensione di lui, il proprio mondo interno, la sua creatività psicologica, affinché nell'altro si rianimi l'idioma, il gesto creativo spontaneo, espressione del suo vero Sé, della sua capacità di sentire, ricordare, pensare, inventare, immaginare, e sia possibile ritessere, con questo lessico emergente, la trama di un senso da restituire al suo mondo deprivato e modellato dagli stereotipi; d'altra parte, il terapeuta riceve la risposta creativa dell'altro come opportunità di ritorno al proprio idioma, alla propria creatività psicologica, fatta appunto di intuizioni, ricordi, pensieri, immagini, fantasie. In questo spazio transizionale gli idiomi si incontrano per arricchirsi reciprocamente.

Questa visione dell'incontro può apparire piuttosto idealizzata, se pensiamo alla creatività soltanto come all'uso di oggetti nutrienti e positivi. Tuttavia, anche la mancanza e il dolore possono essere assimilati e utilizzati come oggetti reali di un mondo che appare pieno di vuoti e di insensatezza, oggetti ai quali è urgente restituire un senso e che sollecitano il soggetto a farlo accogliendo, in essi, il mistero della profonda ambivalenza della vita.